

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 novembre 1893, à 1 heure

Par LÉOPOLD GERMONT

Né à Epinay-le-Comte (Vendée), le 28 août 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

D'APRÈS UNE STATISTIQUE PRISE A LA MATERNITÉ BAUDELLOCQUE
DEPUIS SA FONDATION JUSQU'AU 1^{er} JANVIER 1893

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { DEJERINE, VARNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1893.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 novembre 1893, à 1 heure

Par LÉOPOLD GERMONT

Né à Epinay-le-Comte (Vendée), le 28 août 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

D'APRÈS UNE STATISTIQUE PRISE A LA MATERNITÉ BAUDELOQUE
DEPUIS SA FONDATION JUSQU'AU 1^{er} JANVIER 1893

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { DEJERINE, VARNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1893

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Chef de clinique à la Maternité Baudelocque

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

AVANT-PROPOS

« Si dans les sciences médicales, si en chirurgie, par
« exemple, la statistique méthodique est utile pour mon-
« trer la supériorité de telle ou telle méthode opératoire,
« les avantages de l'intervention et de la non-interven-
« tion dans le traitement des tumeurs, etc., en obsté-
« trique elle est encore plus nécessaire; chaque accou-
« chement a sa physionomie propre et porte un enseigne-
« ment particulier qui sur le moment frappe l'observateur.
« Pour arriver à des idées générales, il faut réunir en un
« faisceau les observations de chaque catégorie, de façon
« à ce que cette vue d'ensemble permette d'en dégager les
« points saillants » (G. Lepage. *Fonctionnement de la mai-
son d'accouchements Brudelocque*. Année 1891. P. 5).

Voici donc quel est le sujet de notre thèse : C'est la
statistique de toutes les femmes qui, depuis la fondation

de la Maternité Baudelocque jusqu'au 1^{er} janvier 1893, ont présenté à une époque quelconque de leur séjour dans cette maternité de l'albumine dans leurs urines.

Nous les divisons en cinq grandes catégories :

La première comprend toutes les femmes qui ont été pendant leur grossesse traitées dans le service comme albuminuriques.

La seconde, les femmes qui, entrées seulement au moment du travail, ont présenté de l'albumine dans leurs urines.

La troisième celles dont les urines, examinées avant et après l'accouchement, ne contenaient pas d'albumine alors qu'elles en renfermaient pendant le travail.

La quatrième catégorie comprend les femmes dans les urines desquelles on n'a constaté l'albumine que pendant les suites de couches.

La cinquième enfin comprend les éclamptiques.

Chacune de ces catégories se trouve divisée en deux classes : les primipares et les multipares.

Deux classes en plus pour la seconde catégorie.

L'une, celle des femmes dont le placenta présentait des foyers hémorrhagiques.

L'autre, celles dont le placenta était indemne de toute lésion.

Dans un premier chapitre, réunissant la première catégorie à la première classe de la seconde, nous traitons de l'auto-intoxication gravidique : après l'avoir définie aussi nettement que possible nous énumérons ses principaux symptômes et nous insistons sur sa fréquence.

Nous étudions alors les foyers hémorrhagiques dont

nous donnons un court historique, une brève description pour insister encore sur leur fréquence.

Viennent ensuite les conséquences de cette auto-intoxication : conséquences pour la mère, conséquences pour l'enfant.

Dans un second chapitre nous donnons le résultat de nos recherches sur la fréquence de l'albuminurie transitoire du travail, plutôt que nous n'en faisons l'étude ; nous y joignons quelques réflexions sur l'albuminurie pendant les suites de couches, en relatant les quelques observations que nous avons pu recueillir dans le service sur ce sujet.

Dans un dernier chapitre, enfin, nous faisons une courte étude de l'éclampsie : après sa définition nous disons un mot de ses rapports avec l'albuminurie ; et nous insistons particulièrement, comme dans tout le cours de notre travail, sur la fréquence de cette affection dans ses différentes époques d'apparition.

Nous terminons par l'indication des traitements de l'auto-intoxication gravidique et de l'éclampsie en usage à la maternité Baudelocque.

Ce n'est donc point un travail complet que nous apportons ici ; une telle tâche était au-dessus de nos forces. Un autre, plus autorisé, pourra, nous en avons la conviction, avec les matériaux que nous avons amassés, construire un édifice solide ; il synthétisera ces différentes questions qui ont trait à l'auto-intoxication chez la femme dans l'état puerpéral.

Notre maître, M. le professeur Pinard, a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition les archives de

sa clinique, nous lui en exprimons ici toute notre gratitude, ainsi que pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Toute notre reconnaissance aussi à M. le Dr Lepage, chef de clinique à la maternité Baudelocque ; c'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; c'est à ses conseils et à ses encouragements que nous devons d'avoir pu mener à bien ce travail.

Mlle Rose, sage-femme en chef de la Maternité Baudelocque, Mlles Villeneuve et Dubuissôn, aides sages-femmes, nous ont toujours fait le plus gracieux accueil ; ce sont elles qui nous ont initié à la pratique des accouchements, nous leur en adressons ici tous nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — *Albuminurie gravidique.*

Avant d'entrer en matière, il importe de définir exactement ce qui doit faire le sujet de notre travail.

« L'albuminurie, dit M. le professeur Bouchard dans ses leçons sur les auto-intoxications, est l'accident mal famé dans les maladies du rein, celui auquel on attache une importance extrême, etc. » Notre maître, M. le professeur Pinard, a pleinement adopté cette idée ; l'albuminurie gravidique n'est qu'un « accident », le symptôme d'une auto-intoxication survenue dans le cours de la grossesse, et si, dans cette étude, nous employons quelquefois cette expression d'albuminurie gravidique, nous n'entendons pas en faire une entité morbide, mais simplement un signe clinique.

Quand peut-on dire qu'une femme enceinte est albuminurique de par le fait même de sa grossesse ?

Toutes les fois que chez une femme antérieurement bien portante, et dont les urines ne présentaient avant la grossesse aucune trace d'albumine, toutes les fois que chez cette femme on trouve dans les urines filtrées, exemptes de sang, de pus et de toute sécrétion génitale, de l'albumine en plus ou moins grande quantité, que cet

état particulier soit uni ou non à l'un ou à plusieurs symptômes de l'albuminurie en général, on est en droit d'affirmer le diagnostic d'auto-intoxication gravidique.

Pour éviter toute erreur dans les cas douteux, c'est-à-dire, dans ces cas où l'albumine se présente sous la forme d'un léger nuage, il est absolument indispensable que les urines soient dans les conditions que nous venons d'énumérer. Aussi quand la femme qui fera l'objet de notre examen perdra du sang, quand sur la vulve on constatera la présence de plaques muqueuses ou de toute excoriation de nature plus ou moins douteuse, quand cette femme, selon son expression, perdra en blanc, que cet écoulement soit leucorrhéïque ou blennorrhagique, on devra dans ces différentes circonstances pratiquer le cathétérisme et n'examiner l'urine que préalablement filtrée.

La raison de cette précaution est évidente. Comment, en effet, pourrions-nous distinguer l'albumine contenue dans le sang, dans les globules blancs du pus, de l'albumine de provenance rénale ?

C'est la même raison qui nécessite la filtration de l'urine dans le cas où la malade serait atteinte d'une cystite ou d'une uréthrite.

L'auto-intoxication gravidique peut se montrer dans tout le cours de la gestation, mais c'est principalement à partir du sixième mois et surtout au huitième et au neuvième mois qu'on la rencontre le plus fréquemment.

Parfois au cours de sa grossesse, une femme constate un soir que ses pieds sont enflés ; bientôt ce phénomène qui ne se montrait que lors des grandes fatigues appa-

rait tous les soirs pour ne plus disparaître le matin ; peu à peu les jambes se prennent et ainsi est constitué l'œdème des membres inférieurs. En même temps à son réveil cette femme a de la difficulté pour ouvrir les yeux, ses paupières et surtout la paupière inférieure sont gonflées ainsi que sa figure en général, et l'on a ainsi la bouffissure de la face. La conjonctive est décolorée ainsi que la muqueuse des lèvres, à tout cela s'ajoute quelquefois un œdème considérable des grandes lèvres et de la paroi abdominale.

C'est à ce moment, sinon auparavant, que, vu l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de se livrer à ses occupations habituelles, la femme vient consulter. Notre ligne de conduite est tracée d'avance et l'examen des urines est la première indication qui se présente à notre esprit.

Mais ce n'est pas la seule forme sous laquelle l'albuminurie se révèle à nous ; sa marche a quelquefois des allures bien différentes.

Souvent, en effet, une femme vient consulter pour des maux de tête fréquents simulant de véritables migraines ; dans le cours de l'interrogatoire on apprend qu'elle a eu un ou plusieurs épistaxis, que de temps en temps il lui passe comme des mouches devant les yeux, sa vue même à certains moments se trouble, parfois elle se sent défaillir, elle se plaint aussi d'une douleur à l'épigastre.

L'urgence du traitement s'impose alors plus impérieuse que jamais.

Il est enfin d'autres cas où les symptômes sont loin d'être aussi nets, parfois même ils font complètement défaut, et rien ne peut mettre le médecin sur la voie du diagnos-

tic, car cependant la consultante est albuminurique. C'est dans ce cas qu'il est important de se rappeler le conseil du professeur Tarnier, si souvent donné dans ses leçons par notre maître, et que M. le professeur agrégé Varnier dans sa *Revue d'obstétrique et d'Hygiène de l'enfance* formule ainsi : « Médecins et sages-femmes doivent, de parti pris, systématiquement, examiner les urines de toutes leurs clientes, surtout des primipares, pendant les trois derniers mois (tous les 15 jours). »

Ce conseil est, disons-nous, de la plus haute importance, car on sait qu'il n'y a pas de relation directe entre la quantité d'albumine et la gravité des accidents auxquels elle peut donner lieu. C'est donc au médecin de la dépister et d'en prévenir les conséquences fâcheuses.

Quant à la fréquence de cette affection elle varie beaucoup suivant les auteurs. Voici ce que dit à ce sujet M. Varnier : « Les statistiques sur lesquelles on s'est appuyé sont, en effet, viciées par deux grandes causes : la première est qu'on amène dans les maternités des grandes albuminuriques et des éclamptiques qui n'appartiennent pas à la clientèle ordinaire des hôpitaux ; la seconde que beaucoup de femmes ne sont examinées que lorsque le travail est déjà commencé : il est d'abord difficile de dire s'il s'agit d'albuminurie gravidique ou d'albuminurie du travail.

« Ainsi sur 205 femmes observées au neuvième mois de la grossesse, Blot (thèse de doctorat, 1849) trouve 41 albuminuriques ; Petit, éliminant les femmes en travail, ne note que 29 albuminuriques sur 143 femmes enceintes ;

et Dumas, analysant et rapprochant plusieurs statistiques, conclut qu'il y a une femme albuminurique sur 5 ou 6 femmes enceintes.

« C'est là, semble-t-il, une proportion extraordinairement exagérée, et voici des chiffres qui se rapprochent plus de la vérité. Sur 800 femmes bien portantes, venues au début de leur grossesse réclamer l'assistance de M. Pinard pour le moment de leur accouchement, et chez lesquelles les urines ont été examinées systématiquement à plusieurs reprises au cours des trois derniers mois (tous les 15 jours au huitième et au neuvième mois), 3 seulement présentèrent l'albuminurie gravidique que nous décrivons ici. »

Le résultat de nos recherches qui portent sur 4843 accouchements donne en moyenne un chiffre intermédiaire à ces différentes statistiques. C'est ainsi qu'en réunissant dans un même groupe les femmes enceintes qui ont été traitées pour albuminurie à la clinique Baude-locque avant leur accouchement, et celles qui, reconnues albuminuriques au moment du travail seulement, ont présenté des lésions placentaires dues à cette auto-intoxication, et ajoutant à ces deux catégories les éclamptiques, c'est ainsi, disons-nous, que nous arrivons au chiffre de 216 (134 primipares et 82 multipares) (Voir à la fin du 3^e chapitre le tableau *a*).

Si de ce nombre on retire 9 femmes manifestement brightiques ou cardiaques avant leur grossesse on arrive au chiffre proportionnel de 4,29 auto-intoxications gravidiques pour cent femmes enceintes.*

On le voit, nous sommes bien au-dessous des chiffres

obtenus par Blot, Petit et Dumas; mais aussi nous sommes au-dessus des résultats cités par M. Varnier pour les 800 clientes de M. le professeur Pinard.

Avons-nous le droit de nous en étonner?

Non, car il est bien évident que les femmes qui viennent accoucher dans nos maternités sont loin d'être dans les bonnes conditions d'hygiène où se trouvent celles que la fortune a favorisées et qui suivent exactement les conseils que peut avec son autorité leur donner notre Maître.

« Toutes trois étaient primipares », ajoute M. Varnier, « car » continue-t-il, « la primiparité a une influence prédominante incontestable sur la production de l'albuminurie gravidique. »

Nos chiffres sont pleinement d'accord avec cette idée et viennent la confirmer.

§ 2. — *Foyers hémorragiques placentaires.*

Les femmes qui ont eu de l'albumine dans leurs urines pendant leur grossesse présentent assez souvent des lésions placentaires fort importantes.

Jacquemier (1846. *Arch. gén. médecine*, 3^e série, t. V, p. 321-397), est le premier qui ait étudié l'aspect microscopique des hémorragies circonscrites ou apoplexies placentaires; avant lui Cruveilhier (1839. *Dict. de méd. et de chirurgie*. Art. *Apoplexie*, t. III, p. 292), les avait notées et avait constaté leurs rapports avec les avortements; et ce n'est qu'en 1864 que le Dr Moir d'Edimbourg (*In. Edim. med. Times*) publie une observation de foyers placentaires

dans un avortement chez une femme albuminurique. Simpson (*Clinique obs. et gyn.*, 1874), alors en déduit que l'albuminurie pourrait bien être cause et de la lésion placentaire et de la mort du fœtus ; cette hypothèse fut confirmée ensuite par de nombreuses observations.

Mais ce n'est qu'en 1879 (leçons à l'hôpital de Clinique) que Chantreuil ose, sans rien affirmer, dans une leçon, enseigner ces relations de cause à effet, qui existent entre l'albuminurie, les lésions placentaires et l'influence de celles-ci sur la marche de la grossesse et la nutrition du fœtus.

Il faut donc arriver à 1885 pour voir ce chapitre de la pathologie de la grossesse définitivement établi grâce aux travaux faits presque en même temps sur ce sujet par Fehling' (*Arch. für gyn.*, 1886) et M. le professeur Pinard.

Pour Fehling les lésions rénales de la mère sont après la syphilis la cause la plus fréquente de la mort du fœtus, « mort par défaut de nutrition dû au farcissement du placenta par des infarctus blancs. » Il décrit ensuite le placenta et les foyers récents.

Ce n'est là qu'un côté de la question : M. Pinard l'envisage à un point de vue plus large, et dans les thèses des D^{rs} Roubaud (fév. 1887) et Cagny (déc. 1891) faites sous son inspiration on la voit exposée en entier : *Description des lésions placentaires, leurs rapports avec l'albuminurie, avec la marche de la grossesse et la santé du fœtus*. A dater de ce jour, la lumière est en grande partie faite sur ce sujet.

Un mot sur l'aspect extérieur du placenta albuminurique.

En général, son poids, ses dimensions, sa coloration, n'offrent rien de particulier. Si l'on examine de plus près on aperçoit alors de petites plaques noirâtres à côté d'autres plaques de couleur jaunâtre qui tranchent assez sur la coloration normale du placenta.

Ces foyers noirs et jaunes sont la conséquence d'une même lésion : l'hémorrhagie placentaire; l'époque plus ou moins ancienne de ces hémorrhagies leur donne cette différence de coloration.

Les premiers sont d'origine récente, les seconds remontent à une époque déjà reculée. Ceux-là d'une consistance plus ferme que le tissu normal avoisinant semble une truffe enchâssée dans le cotylédon, c'est pour cette raison que M. Pinard dans son langage imagé a donné à ce placenta le nom de placenta « truffé ». Leur cavité de forme parfois ronde ou ovale, parfois anfractueuse et irrégulière, renferme du sang coagulé; ce sang par sa consistance et sa coloration rappelle absolument la gelée de groseille.

Ceux-ci au contraire jaunâtres, très durs à la coupe, n'ont plus de cavité; le sang épanché s'est organisé en tissu fibreux; quelquefois lorsque l'hémorrhagie n'est pas encore très ancienne on peut encore sous le caillot déjà organisé faire sourdre un ou plusieurs coagula-sanguins, noirâtres, en train de subir la même transformation que le caillot primitif.

Le nombre de ces foyers est très variable ainsi que leur dimension. Ils ont depuis 2 ou 3 millimètres de diamètre, rarement ils dépassent 3 ou 4 centimètres.

Quant à leur situation on les trouve en général dans

l'épaisseur des cotylédons, et c'est une exception de les trouver, ainsi que Rouhaud en a rapporté une observation, situés entre la caduque et le chorion à plusieurs centimètres du bord placentaire.

Ces hémorrhagies placentaires sont-elles fréquentes ? Nous répondrons par des chiffres.

Dans notre statistique éliminons les femmes chez lesquelles on ne constate la présence de l'albumine que pendant le travail et celles chez lesquelles on ne l'a constatée que pendant les suites de couches ; nous en trouvons alors :

En 1889 et 1890 ; 85 (59 primipares, 26 multipares).

En 1891 ; 111 (70 primipares, 41 multipares).

En 1892, 127 (94 primipares, 33 multipares).

Soit un total de 323 femmes (223 primipares, 100 multipares).

Sur ce nombre on a noté :

En 1889 et 1890, 31 placentas avec foyers (21 chez des prim., 10 chez des mult.).

En 1891, 39 placentas avec foyers (24 chez des prim., 15 chez des mult.).

En 1892, 52 placentas avec foyers (33 chez des prim., et 19 chez des mult.).

Ce qui donne un total de 122 placentas albuminuriques : 78 chez des primipares et 44 chez des multipares. Soit une moyenne de 37,77 pour 100 femmes albuminuriques.

Nous croyons encore devoir éliminer de la catégorie des femmes à auto-intoxication gravidique, celles qui, entrées au moment du travail avaient dans leurs urines

des traces légères d'albumine, et chez lesquelles cette albumine n'a pas reparu après l'accouchement, leurs urines ayant été examinées à plusieurs reprises. Elles forment la majorité des cas relevés dans le tableau B ; pour les distinguer nous avons eu le soin d'ajouter aux observations : Albuminurie passagère. Ces cas, au nombre de 16 (13 prim. 3 mult.) pour 1889 et 1890, de 9 (7 primipares, 2 multipares) pour 1891 et de 51 (26 primipares, 25 multipares) pour 1892, font un total de 76 (46 primipares, 30 multipares) ; nous croyons qu'il est plus rationnel de les ranger parmi les femmes qui n'ont eu que de l'albuminurie transitoire du travail.

Il ne nous reste donc plus que $323 - 76 = 247$ femmes ayant sûrement pendant leur grossesse été albuminuriques ; le pourcentage des placentas avec foyers se trouve donc considérablement accru et au lieu 37,77 pour 100, nous en trouvons 49,39 pour 100, c'est-à-dire que *la moitié des femmes qui ont de l'albumine dans leurs urines pendant leur grossesse ont des foyers hémorrhagiques placentaires.*

La constatation de ces foyers hémorrhagiques a une grande importance, car elle peut être pour nous un précieux élément de diagnostic ; alors même que l'albuminurie a été méconnue antérieurement, on peut affirmer que la femme dont le placenta est « truffé », est ou a été albuminurique.

C'est le cas du n. 464, tableau A. Prim. 1890 ; les urines de cette femme n'avaient pas présenté d'albumine, en examinant le placenta, M. Pinard affirma néanmoins le diagnostic d'albuminurie gravidique ; l'examen des urines

fait le jour même et le lendemain ne dénote pas la moindre trace d'albumine. M. Pinard maintient son diagnostic et l'avenir lui donne raison. Le deuxième jour, en effet, on constate une quantité considérable d'albumine.

Cette femme mourut d'ailleurs neuf jours après avec tous les symptômes du brightisme.

Plusieurs fois depuis, du reste, notre maître a eu l'occasion de faire d'après l'examen du placenta ce diagnostic d'albuminurie gravidique et toujours l'analyse des urines est venue le confirmer.

§ 3. — *Conséquences de l'albuminurie gravidique.*

Nous savons maintenant que c'est sous l'influence de l'auto-intoxication gravidique que se produisent ces hémorrhagies placentaires.

Par quel mécanisme se produisent-elles ?

C'est là un point assez obscur que nous n'aborderons pas ; les théories sont nombreuses et les travaux de Rossier et de Steffech ne l'ont point encore suffisamment éclairci.

Ce qu'il est important de bien connaître ce sont les conséquences de cette auto-intoxication et partant de ces hémorrhagies placentaires.

Ces conséquences sont de deux ordres : les unes se rapportent à la mère, les autres à l'enfant.

Pour la mère, c'est l'éclampsie qui est toujours à redouter lorsque l'albumine n'a pas été reconnue à temps. Vu son importance nous réservons un chapitre spécial pour ce sujet.

Ce sont les hémorrhagies foudroyantes que l'on a vu tuer du même coup et la mère et l'enfant; heureusement ces cas sont exceptionnels, car l'hémorrhagie cède la plupart du temps à un traitement bien approprié.

Ce sont enfin les infections que l'on observe pendant les suites de couches. Nous savons, en effet, combien cette auto-intoxication fait de l'organisme un milieu favorable au développement et à la culture de tous les microbes pyogènes, saprogènes, etc., et si les infections puerpérales sont si rares nous le devons certainement à la grande asepsie qui règne dans le service de M. le professeur Pinard.

Dans notre statistique nous n'avons noté comme pathologiques que les suites de couches pendant lesquelles la température a dépassé 38°.

Ces cas sont au nombre de 83 (54 chez les prim., 29 chez les mult.). Chez 10 femmes cette élévation de température est due à des affections aiguës ainsi réparties.

2 brightismes { N° 464, tableau A. 1890, prim.
N° 967, tableau A'. 1891, prim.

1 néphrite double. — N° 354, tableau A. 1890, prim.

1 rhumatisme art. aigu. — N° 933, tableau A. 1890, prim.

2 pneumonies { N° 1224, tableau A. 1890, mult.
N° 524, tableau B. 1892, prim.

2 tuberculoses aiguës. — N°s 514 et 618, tableau A. 1892, prim.

1 salpingite. — N° 111, tableau A. 1891, mult.

1 accès éclamptique. — N° 752, tableau D. 1890, prim.

La lymphangite des seins nous donne encore 12 éléva-

tions de température, nous l'avons notée aux observations dans nos tableaux.

Enfin 27 femmes n'ont eu qu'une seule élévation de température que l'on ne peut mettre sur le compte de l'infection.

Voilà donc 49 femmes qui ont eu des suites de couches pathologiques dues à diverses causes.

Restent donc $83-49 = 34$ suites de couches pathologiques que l'on ne peut attribuer qu'à l'infection, comparées au nombre des 247 femmes qui ont eu de l'albumine dans leurs urines pendant leur grossesse, nous obtenons une moyenne de 14 0/0.

Enfin les observations de femmes mortes par auto-intoxication gravidique sont extrêmement rares : laissons de côté les femmes qui ont succombé à la suite d'accès éclamptiques, nous en parlerons plus loin, nous ne trouvons plus alors que : 1 décès en 1890, n° 464, tableau A. prim. suites de couches pathologiques. Mort le seizième jour, néphrite interstitielle.

3 décès en 1891, nos 857 et 967, tableau A'. la première de ces femmes secundipare, enceinte de 6 mois 1/2, meurt 2 h. 30 après l'expulsion du fœtus à la suite d'hémorragies abondantes répétées. La seconde meurt à l'isolement 4 jours après l'accouchement.

N° 1018, tableau A. meurt 10 jours après l'accouchement ; tuberculose pulmonaire.

En 1892, un décès : N° 514, tableau A. prim. morte deux jours après l'accouchement cardiaque et tuberculeuse.

Chez toutes ces femmes, quantité considérable d'albu-

mine, placenta « truffé » ; aucune n'avait été traitée pendant sa grossesse, chez elles l'auto-intoxication gravidique a présenté une gravité particulière due à leur mauvais état général.

De nos observations il résulte donc que les conséquences de l'auto-intoxication gravidique sont en général peu funestes pour la mère ; il n'en est pas de même de celles qui ont trait à l'enfant, et c'est sur ce dernier que doit surtout se porter notre attention, car il peut être atteint tant dans son existence que dans sa santé.

Au point de vue de son existence, en effet, outre les avortements constatés plusieurs fois, nous sommes dans certaines circonstances obligés de la compromettre en interrompant volontairement le cours de la grossesse.

Pour provoquer un accouchement voici les quatre conditions que réclame M. le professeur Tarnier : « 1° Que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois ; 2° que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade présente quelques signes précurseurs de l'éclampsie ; 3° que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement antérieur ; 4° qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical. »

En parlant ainsi M. Tarnier n'a en vue que le salut de l'enfant, aussi M. Pinard, modifiant un peu ces lois, nous formule ainsi la ligne de conduite à suivre en pratique :

« Quand chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue, épistaxis incoercibles, urémie gastro-intestinale, dyspnéique, etc.) et que sous l'influence du régime lacté absolu continué

pendant 8 jours au moins l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent, on doit dans l'intérêt de la mère interrompre le cours de la grossesse. »

D'après ce précepte, en effet, l'enfant peut être ou ne pas être viable, et pourtant il faut le sacrifier au salut de la mère. Heureusement ce cas est rare, nous n'avons eu occasion de le noter qu'une seule fois, on en trouvera l'observation au n° 196 tableau A. 1892. Prim. La grossesse avait atteint la fin du septième mois, l'enfant né vivant pesait 1870 grammes, il a succombé le cinquième jour.

Mais ce qu'il est plus fréquent d'observer c'est la mort avec ou sans macération du fœtus dans l'utérus de la mère ; mort que nous explique parfaitement la présence des foyers hémorragiques sur le placenta : « En effet, dit le Dr Cagny dans sa thèse, le placenta étant le poumon physiologique du fœtus, ses altérations doivent avoir fatalement sur le développement de ce dernier un retentissement en rapport avec l'étendue des lésions. L'hémorragie placentaire supprime au point de vue fonctionnel le cotylédon qui en est le siège. Si les foyers hémorragiques sont nombreux, étendus ou de formation assez rapprochée pour que la suppléance respiratoire ne puisse s'établir au moyen des villosités restées saines, l'enfant meurt d'asphyxie. »

Dans notre statistique nous trouvons 41 enfants morts-nés, dont 34 chez des femmes ayant eu un placenta albuminurique (21 chez des primipares, 13 chez des multipares). Or, nous avons 122 placentas avec foyers hémor-

rhagiques, nous avons donc 28,4 enfants morts-nés pour cent placentas avec foyers ; et 16, 59 0/0 femmes ayant présenté de l'abumine dans les urines pendant leur grossesse.

Sur les 146 femmes qui ont été traitées comme albuminuriques avant leur accouchement nous n'avons que 5 enfants morts-nés, tous avaient des placentas avec foyers ; la mortalité chez les femmes traitées s'élève donc à 3,42 0/0 seulement.

Les 7 autres cas d'enfants morts-nés ne doivent point être mis sur le compte de l'albuminurie :

Le n. 325, tableau A. Prim. 1891, appartient à une femme manifestement syphilitique.

Le n. 880 tableau A. Mult. 1891, est un avortement de 5 mois et demi.

Aux n. 324 et 1506, tableau A. Prim. 1891, nous voyons que les enfants sont morts pendant l'accouchement.

Enfin pour les trois autres enfants morts-nés on est en droit d'incriminer la syphilis vu la disproportion qui existe entre leur poids et celui du placenta.

N. 642 tableau B. Prim. 1891, fœtus 3530 grammes, placenta 830 grammes.

N. 791 suites de couches. Mult. 1892, fœtus 1930 grammes, placenta 510 grammes.

N. 1186 tableau C. Prim. 1890, fœtus 1520 grammes, placenta 470 grammes.

Les hémorrhagies placentaires, quand elles ne causent pas la mort du fœtus, peuvent encore déterminer l'accouchement prématuré. Le sang épanché, en effet, peut opé-

rer le décollement non-seulement du placenta, mais des membranes elles-mêmes; le fœtus joue alors le rôle de corps étranger, l'utérus entre en contraction et le travail suit son cours jusqu'à l'expulsion complète de l'œuf.

C'est ainsi que nous trouvons 69 accouchements prématurés (44 chez des prim, 25 chez des mult.) soit 56,57 0/0 placentas albuminuriques, soit 28, 69 0/0 femmes albuminuriques, c'est-à-dire plus du quart.

Souvent même lorsque l'enfant naît vivant sa santé est gravement compromise. En général les hémorrhagies l'ont profondément affaibli, il est chétif, long, maigre; le Dr Bri-dier, dans sa thèse (février 1893) faite à la clinique Baudelocque, trouve, en s'appuyant sur les mêmes chiffres que nous, que le poids du fœtus à terme d'une albuminurique est de 3100 grammes au lieu de 3300 grammes, poids normal du fœtus à terme.

Sa santé, disons-nous, est gravement compromise; en effet, bien que la couveuse nous ait parfois donné des résultats magnifiques, nous trouvons que depuis la fondation de la clinique Baudelocque 35 enfants, nés d'une mère albuminurique, sont morts dans les 15 premiers jours qui ont suivi leur naissance. Sur ces 35 enfants 13 ont eu des placentas avec foyers hémorrhagiques, un seul est mort de convulsions, les 12 autres ont succombé par un manque de vitalité; nous avons 122 placentas albuminuriques ce qui nous fait une mortalité de près de 10 0/0.

Parmi les 22 autres enfants morts peu de temps après leur naissance, 1 avait une imperforation du rectum, les autres ont succombé soit à une entérite, soit aux convulsions, soit à une hémorrhagie du cordon.

D'après cet exposé, il résulte, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que si les conséquences de l'albuminurie gravidique sont quelquefois funestes à la mère, elles le sont beaucoup plus à l'enfant, d'où la nécessité de recourir au traitement le plus tôt possible.

CHAPITRE II

§ 1. — *Albuminurie du travail.*

D'après ce que nous venons de lire au chapitre précédent, nous devons conclure qu'il est du devoir de tout médecin et de toute sage-femme, d'examiner « de parti pris » les urines de toutes les femmes enceintes, et, si l'on n'a pas eu occasion de le faire au cours de la grossesse, de toutes celles qui arrivent en pleine période de travail.

En effet, si à ce moment l'on constate une quantité assez notable d'albumine ou si la femme présente quelques signes précurseurs de l'éclampsie, on peut, par l'institution immédiate du traitement, sinon pour l'enfant, du moins pour la mère, prévenir quelques-uns des accidents de cette auto-intoxication.

Mais il arrive assez fréquemment qu'en faisant au moment du travail cet examen des urines on n'aperçoive que des traces d'albumine, quelquefois un léger nuage, les urines traitées par la chaleur et l'acide nitrique sont simplement troubles; par ailleurs, la femme s'est toujours bien portée pendant sa grossesse : ses urines examinées à plusieurs reprises n'ont jamais dénoté la pré-

sence d'albumine ; à peine un peu d'œdème aux jambes, quelquefois un œdème plus prononcé des grandes lèvres, mais ce dernier n'est apparu que depuis deux ou trois jours seulement ; la parturiente est calme. Quelle est alors la conduite à tenir ?

La seule indication dans ce cas est l'expectation. Il faut surveiller attentivement la malade, tâcher à l'occasion de surprendre les premiers symptômes de l'éclampsie ; observer l'intensité et la fréquence des contractions utérines, et se tenir prêt à intervenir en cas d'hémorrhagie grave.

La plupart du temps, en effet, cette albumine n'est due qu'à un phénomène mécanique, la compression des uretères ; compression prolongée, puisque d'après les cas relevés au tableau C. la durée moyenne du travail a été 26 heures ; compression prolongée qu'expliquent encore les nombreuses applications de forceps que nous avons notées, puisque sur les 14 primipares qui ont présenté cette albumine transitoire du travail 7 fois on a été obligé d'intervenir pour cause d'inertie utérine.

La constatation de cette albuminurie ne doit donc pas nous préoccuper outre mesure ; en effet, il est très rare qu'elle ait des suites fâcheuses : d'abord, jamais ou n'a eu l'occasion de noter des hémorrhagies placentaires, c'est là une preuve qu'elle n'est pas la suite d'une auto-intoxication gravidique passée inaperçue ; jamais non plus on n'a observé d'infection, l'antisepsie ayant été rigoureusement observée pendant les suites de couches ; et si au tableau C. on en rencontre de notées comme pathologiques, cette élévation de température est toujours due à une autre

cause qu'à l'infection. C'est ainsi que nous voyons chez les primipares, pour le

N° 25. — 1890. Forceps ; une seule température le surlendemain.

N° 43. — 1890. Amygdalite aiguë.

N° 28. — 1891. Forceps. Une seule élévation de température.

N° 35. — 1891. Forceps. Une seule élévation de température.

N° 141. — 1891. Lymphangite du sein droit.

N° 1548. — 1891. Deux élévations de température seulement.

N° 1565. — 1891. Une seule élévation de température.

N° 592. — 1892. Deux élévations de température seulement.

N° 1634. — 1892. Pneumonie.

Chez les multipares : N° 52. — 1891. Forceps. Lymphangite.

Enfin dans un cas seulement on a noté une hémorrhagie entre le moment de l'expulsion et celui de la délivrance : N° 123 mult. 1891.

Pour l'enfant les conséquences fâcheuses de cette albuminurie sont exceptionnelles ; nous n'avons noté qu'un seul cas d'enfant mort pendant le travail : N° 642. Primipare. 1891 ; encore croyons-nous qu'il est difficile de mettre cette mort sur le compte de l'albumine : le travail a duré 20 heures, l'enfant pesait 3220 grammes et le placenta 830 grammes ; cette disproportion de poids nous laisse fortement soupçonner la syphilis.

Pour la fréquence de cette albuminurie, il est assez difficile de l'évaluer.

Une grande partie des femmes qui viennent accoucher dans les maternités se présentent, en effet, souvent pour la première fois, alors que le travail est déjà commencé ; de sorte qu'il est assez difficile de savoir si elles ont eu pendant leur grossesse de l'albumine dans leurs urines, presque toujours elles ont négligé d'en faire faire l'examen.

Nous avons cependant pu noter un certain nombre de femmes, qui soit en venant consulter à la Maternité Baudelocque, soit en les faisant examiner en ville par un pharmacien, ont eu plusieurs fois pendant leur grossesse leurs urines analysées, et dans lesquelles on n'a jamais pu trouver trace d'albumine alors qu'il nous était donné d'en constater pendant le travail. Voici les résultats de notre statistique.

En 1889-1890. 9 femmes (6 primipares, 3 multipares).

En 1891, 12 femmes (9 primipares, 2 multipares).

En 1892, 4 femmes (3 primipares, 1 multipare).

Soit un total de 25 femmes (18 primipares, 7 multipares) ce qui fait qu'en comparant ce nombre à celui des 4843 accouchements qui ont eu lieu à la Clinique Baudelocque jusqu'au 1^{er} janvier 1893 nous trouvons qu'une femme sur 200 a présenté cette albuminurie transitoire du travail.

Si comme nous l'avons fait au chapitre précédent pour le pourcentage des placentas albuminuriques nous faisons du tableau B. deux classes, l'une qui rentre dans la catégorie des auto-intoxications gravidiques et l'autre

dans celle de l'albuminurie du travail, nous devons ajouter le chiffre de 57 à celui des 25 femmes à albuminurie du travail, ce qui augmente la proportion de 1/200 à celle de 1/60.

Nous pouvons encore considérer cette moyenne comme bien au-dessous de la réalité. Combien de fois, en effet, arrive-t-il que l'on n'examine pas les urines d'une femme soit parce qu'on n'a pu se procurer ses urines, soit parce que cette femme entre à la Maternité alors que l'expulsion est sur le point de se faire?

L'albuminurie du travail proprement dite n'a donc pas une importance extrême car elle n'a pas de conséquences bien fâcheuses, et elle disparaît sans traitement presque toujours aussitôt après l'accouchement ou dans les deux ou trois jours qui le suivent.

§ 2. — *Albuminurie des suites de couches.*

S'il nous est difficile d'évaluer la fréquence de l'albuminurie du travail, il nous est presque impossible de le faire pour l'albuminurie qui apparaît pendant les suites de couches. Dans le service de M. le professeur Pinard on n'a point l'habitude à moins d'indication spéciale d'examiner après l'accouchement les urines des femmes qui n'ont pas, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, présenté d'albumine.

Fidèle cependant au principe que nous nous sommes posé au début de cette étude de noter exactement tous les cas où l'on a observé, dans les urines des femmes, de l'alu-

mine à une époque quelconque de leur séjour à la maternité Baudelocque, nous tenons à citer brièvement les quatre observations que nous avons pu recueillir dans les registres du service.

OBSERVATION I

N. 655. Marie D..., 22 ans, primipare. A eu ses dernières règles le 30 septembre 1889 ; entrée à la salle de travail le 30 juillet 1890 à 3 h. 30 du matin ; le travail est commencé depuis le 29 juillet à minuit ; la dilatation a la grandeur d'une pièce de 1 franc, et ne fait pas de progrès, l'enfant est en gauche transversale. Pas d'albumine dans les urines.

Au toucher on constate la présence d'une tumeur liquide dans l'excavation ; M. Pinard pratique une ponction et retire 550 grammes d'un liquide absolument clair et transparent. La tumeur disparue, la dilatation se complète et l'expulsion a lieu après une application de forceps à 8 h. 30 du matin. L'enfant pèse 3630 grammes, le placenta extrait naturellement est sain et pèse 630 grammes.

Le 2 août, la malade ayant le faciès albuminurique, on examine les urines dans lesquelles on trouve 1 gramme d'albumine : On institue le régime lacté ; l'albumine diminue progressivement ; le 9 août la femme retourne chez elle ayant encore dans ses urines quelques traces d'albumine.

OBSERVATION II-

N° 679. Lucie P..., 23 ans, primipare. Entre à la salle de travail le 6 août 1890, enceinte de 9 mois environ, à 8 heures du

matin ; la dilatation est grande comme une pièce de 1 franc, l'enfant est en O. I. G. T.

A 9 heures du matin rupture artificielle des membranes, le liquide amniotique est normal. Le soir à 4 h. 45 application de forceps suivie de l'expulsion du fœtus ; à 5 h. 40 délivrance naturelle. L'enfant pèse 3200 grammes, le placenta 660 grammes.

Le lendemain P. a de la bouffissure de la face, on examine ses urines où l'on trouve 1 gr. 50 d'albumine.

Régime lacté, le 8 août l'albumine a sensiblement diminué 0 gr. 25 seulement pour 2 litres et demi d'urines, le 16 août à sa sortie on n'en trouve plus trace.

OBSERVATION III

N° 1150. Valentine M... multipare (V^e) a eu ses dernières règles le 27 novembre 1890 ; elle entre à la salle de travail le 1^{er} septembre 1891 à 3 heures du matin.

Pas d'albumine dans ses urines ; la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs, l'enfant est O. I. G. A.

La rupture des membranes s'est effectuée spontanément à minuit. A 4 h. 20 expulsion naturelle du fœtus, 30 minutes après délivrance naturelle. L'enfant pèse 2480 grammes et le placenta 400 grammes.

6 septembre. Céphalalgie intense. 7 septembre, albumine en petite quantité dans les urines. Régime lacté.

9 septembre, 0 gr. 25 d'albumine. 10 septembre, quelques traces seulement d'albumine. Le 13 septembre l'albumine est complètement disparue.

OBSERVATION IV

N° 1331. Eugénie B..., primipare, a eu ses dernières règles le 15 janvier 1891; elle entre à la salle de travail le 12 octobre à 9 heures du soir. Le travail est commencé depuis le matin à 9 heures et la rupture des membranes s'est faite spontanément le matin à 11 heures. Le lendemain matin à 7 heures l'expulsion a lieu naturellement; à 8 heures délivrance naturelle.

L'enfant pèse 3320 grammes, le placenta 420 grammes.

Le 15 octobre. — Faciès albuminurique, examen des urines; quelques traces d'albumine. Régime lacté.

Le 16 octobre. — Albumine disparue, la malade mange.

Le 19. — Réapparition de l'albumine. Régime lacté.

Le 22. — La malade quitte l'hôpital, l'albumine étant complètement disparue.

De ces observations il résulte que si l'on a examiné les urines de ces femmes, c'était toujours pour la même raison : la constatation *post partum* de l'un des symptômes de l'albuminurie.

Cette albuminurie a toujours été de très courte durée et n'a jamais eu de conséquence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant. Mais, nous le répétons, il nous est impossible de rien affirmer sur cette albuminurie, le nombre de nos observations étant par trop restreint.

TABLEAU A

Primipares

N° de l'accouchement	Age	Dernières règles	Date de l'accouchement	Traitement. — Nombre de jours av. l'accouch.	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du placenta	Mensur. des membranes	Foyers hémorragiques
							Durée	Mode				
70	24	23 mai	17 fév.	5	O. I. G. P.	24 h. 0	10	nat.	2430	500	5/8	3 F. réc.
77	?	?	23 fév.	3	O. I. G. A.	18 h. 25	1 h.	nat.	2750	470	29/3	3 F. a.
197	?	?	27 mars	47	O. I. D. T.	8 h. 30	3 h. 15	nat.	2370	320	19/13	O.
214	19	2 juil.	2 avril	8	O. I. D. A.	9 h. 25	1	nat.	2730	450	30/17	O.
228	22	14 juil.	5 avril	23	S. I. D. A.	8 h.	40	nat.	1560	370	3/1	4 F. a. 1 F. réc.
236	?	10 juil.	15 avril	7	O. I. D. T.	11 h. 55	1 h. 50	nat.	3220	450	28/3	O.
281	18	4 août	15 mai	X	O. I. G. P.	7 h. 35	65	nat.	2990	490	31/10	O.
293	?	?	19 mai	31	O. I. D. T.	9 h. 40	40	nat.	1940	350	20/6	O.
417	20	3 août	5 mai	1	O. I. G. P.	20 h.	5	sp.	1730	400	32/6	2 F. a. 2 F. réc.
418	?	5 n. v.	26 mai	5	?	9 h. 30	20	nat.	1415	190	24/6	1 F. a.
464	32	6 sept.	10 juin	1	O. I. D. A.	28 h.	40	nat.	1820	400	24/5	Pl. F. a. et réc.
578	23	8 oct.	12 juil.	5	O. I. D. P.	13 h. 45	1 h.	nat.	2870	400	14/15	1 F. a. 2 F. réc.
652	21	10 nov.	29 juil.	17	S. I. D. P.	16 h.	40	sp.	2840	610	23/10	O.
708	21	5 nov.	12 août	12	S. I. G. T.	22 h.	10	sp.	3100	530	36/1	O.
738	18	22 nov.	25 août	1	O. I. G. A.	5 h. 25	40	nat.	2570	450	34/8	Pl. F. a. 2 F. réc.
758	20	15 nov.	26 août	20	O. I. G. T.	40 h. 35	5	sp.	2650	470	25/7	O.
793	32	25 déc.	4 sept.	25	O. I. D. P.	48 h.	30	nat.	2770	620	28/12	O.
854	21	4 fév.	2 sept.	10	O. I. D. T.	15 h.	30	nat.	2650	410	25/13	pl. F. a. et Réc.
871	25	5 janv.	30 sept.	30	O. I. G. A.	19 h.	1 h. 25	nat.	3220	500	déch.	O.
933	21	8 janv.	19 oct.	6	O. I. G. P.	43 h.	5 h. 40	art.	3170	400	déch.	O.
1050	21	16 fév.	13 nov.	1	O. I. D. P.	6 h. 30	35	nat.	3380	560	33/7	O.
1075	19	18 fév.	19 nov.	4	O. I. D. T.	3 h. 30	50	nat.	2670	480	20/4	O.
1076	19	15 avril	19 nov.	4	Gémel.	8 h. 25	2 sp.	1445	X.	X.		O.
1078	17	10 janv.	20 nov.	13	O. I. D. T.	12 h.	35	nat.	3340	550	20/11	O.
106	18	28 fév.	24 nov.	83	O. I. G. A.	20 h. 20	35	nat.	3400	520	21/11	O.
1103	20	13 fév.	25 nov.	3	O. I. G. A.	9 h. 38	1 h. 4	art.	2770	420	déch.	pl. F. a. 1 F. réc.
1158	21	25 mars	8 déc.	17	O. I. G. A.	7 h. 25	55	nat.	2170	380	28/6	O.
1160	22	5 mars	8 déc.	8	O. I. G. T.	13 h. 30	1 h. 20	nat.	2125	645	26/8	O.
1195	26	10 mars	18 déc.	25	O. I. D. T.	7 h. 20	40	nat.	2850	400	24/19	O.
1215	20	16 mars	22 déc.	2	O. I. G. A.	10 h. 35	25	nat.	2950	415	25/8	pl. F. réc.
37	25	16 mars	8 janv.	21	O. I. G. P.	6 h. 30	25	nat.	3180	560	31/7	O.
57	24	8 avril	13 juiv.	11	O. I. G. A.	6 h.	50	nat.	3100	580	22/14	O.
109	17	?	25 janv.	38	O. I. G. A.	26 h.	25	nat.	3600	680	24/1	F. réc.
188	26	26 août	9 fév.	19	O. I. G. A.	3 h. 40	50	at.	1580	355	3/13	O.
214	18	?	16 fév.	30	O. I. G. A.	14 h.	40	sp.	3120	600	35/9	F. a. F. réc.
237	32	15 mai	21 fév.	20	O. I. G. T.	10 h. 30	40	nat.	3150	550	31/9	O.
284	24	25 mai	4 mars	5	O. I. D. T.	20 h.	45	sp.	3270	600	37/6	O.
314	20	30 mai	12 mars	8	O. I. D. T.	23 h.	35	nat.	2950	460	29/3	O.
324	6	27 mai	14 mars	44	O. I. G. T.	?	1 h. 10	art.	3000	530	déch.	O.
335	19	Juil'et	15 mars	11	O. I. G. T.	5 h. 50	5 h. 40	nat.	2203	540	32/2	O.
344	?	16 juin	19 mars	3	O. I. G. T.	52 h.	30	nat.	2640	460	33/8	O.

(Albuminurie de la grossesse).

1890

Etat de l'enfant à la sortie	Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
		Pathologiques	Normales	Céphalique	Œdème	Troub. visuels	Epistaxis	Hémorrhagie
Bon	f.		N.	I.		I.	I.	
Bon	m.	P.			pet. lev.		I.	
Bon	f.	P.						
Bon	m.		N.					
mort	m.	N.	I.			I.		
Bon	m.	P.						
Bon	m.		N.		gén.	I.		
Bon	f.		N.		face.			
Bon	m.		N.		gén.			
mort	m.		N.					
mort	f.	P.			m. inf.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	f.	P.						
Bon	f.	P.			m. inf.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.					
Bon	f.		N.					
mort	m.	P.			gén.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	m.	P.			m. inf.	I.	I.	
Bon	m.	P.			m. inf.			
Bon	m.	P.			et s. p.			
Bon	m.		N.		périn.			
morts	m.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.					
Bon	m.		N.					
Bon	f.		N.					
Bon	f.	P.		I.	m. inf.	I.		
Bon	m.	P.			m. inf.			
Bon	m.	P.			m. inf.			
Bon	m.	P.			gén.	I.		
1891								
Bon	m.		N.					
Bon	m.	P.			m. inf.	I.		
Bon	f.		N.					
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.					
Bon	f.	P.		I.	m. inf.	I.		
Bon	f.		N.		s. pub.			
Bon	m.		N.					
Bon	f.		N.					
mort-né	f.		N.		m. inf.			
m.-né mac.	f.		N.					
Bon	m.		N.					I.

0 gr. 50 d'alb. à la sortie 3 mars.

Alb. disp. à la sortie 12 mars. 27 fév. s. 38°4. — 9 mars s. 38°1.

Alb. disp. à la sortie 19 avril. — 30 mars, s. 38°5. — Syphilis.

Alb. disp. à la sortie 13 avril.

0 gr. 25 d'alb. à la sortie 12 avril.

Forceps. Alb. disp. avant accouchement. 17 avril s. 38°3.

A b. disp. à la sortie 25 mai.

Alb. disp. à la sortie 4 juin.

0 gr. 10 d'alb. à la sortie 12 juillet. — 5 gr. à l'entrée.

0 gr. 19 d'alb. à la sortie 16 juillet. Enfant mort le 2^e jour.Brightique, morte le 9^e jour ap. acc. Alb. diagnostiquée post. part. d'ap. placenta. Enfant mort le 9^e jour.

Alb. di-p. à la sortie 28 juillet.

Alb. passagère. — Du 18 juillet au 2 août temp. entre 38°4 et 39°.

Traces d'alb. à la sortie 30 août. — 18 août s. 38°2. — 19 août s.

38°3. — Hémorrh. après délivr.

1 gr. d'alb. à la sortie 13 septembre.

Alb. disp. avant l'accouchement.

Forceps. — Alb. disp. le 1^{er} octobre.Morte le 4 nov. Diur. incoercible. Néph. double. — Enf. m. le 3^e j

Alb. disp. avant accouchement. Forceps.

Du 13 octobre au 14 nov. temp. entre 38° et 40°. — Rhum art.

aigu. — Alb. non disp. le 16 novembre.

Alb. disp. à la sortie 26 nov. — 15 nov. m. 33°, s. 38°4.

Alb. disp. 22 nov. — Ballon Champetier.

0 gr. 15 d'alb. à la sortie 30 nov. — Enf. morts aussitôt ap. acc.

0 gr. 15 d'alb. à la sortie 30 novembre.

Alb. disp. avant accouchement.

Alb. disp. le 18 déc., hémorrhagie avant délivr.

Alb. disp. le 23 déc. — 13 déc. m. 33°4, s. 38°6. — 14 déc. m. 38°4.

Alb. disp. le 20 déc. — Du 10 au 25 déc. temp. entre 38°1 et 39°.

Alb. disp. le 23 déc. — 18 déc. s. 33°6.

Alb. disp. à la sortie 17 janv. — 24 déc. s. 38°5,

Plus d'alb. à la sortie.

38°1 le 17 janv. S. Crevasses sein droit.

Hémorrh. ap. délivrance. Alb. disparue à la sortie, 5 fév.

2 gr. d'alb. à l'entrée. — Alb. disp. à la sortie, 7 mars.

Alb. disparue à la sortie 7 mars.

28 fév. m. 38°2, 2 mars S. 38°2, 7 mars m. 39°, crevasses au sein

g. 7 mars. Alb. disp. le 15 mars.

Alb. disp. le 8 mars.

Alb. passagère.

Acc. prov. Ballons Tarnier et Champetier. Forceps Basiotripsie.

Syphilis probable. Enfant mort depuis 15 jours.

Traces d'alb. à la sortie 28 mars.

TABLEAU A

Primipares

N° de l'accouchement	A. e	Dernières règles	Date de l'accouchement	Traitement. — Nombre de jours avant l'accouchement	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du placenta	Mesur. des membranes	Foyers hémorragiques
							Durée	Moie				
659	?	23 sep.	23 mai.	2	O.I.G.T.	11 h. 10	2 h. 20	art.	1970 1890	750 750	28/2 28/22	O.
957	30	oct.	14 juil.	18	O.I.G.A.	4 h. 50	3 h. 35	sp.	9830	410	30/8	F. réc.
1004	?	25 oct.	31 juil.	3	O.I.G.A.	7 h. 30	10	sp.	3070	610	31/14	O.
1002	24	24 oct.	1 août.	31	S.I.G.P.	8 h. 45	30	nat.	3020	500	20/6	O.
1018	32	14 oct.	2 août.	5	O.I.D.P.	11 h. 30	?	art.	3190	600	déch.	F. réc.
1142	23	28 déc.	29 août.	14	O.I.G.P.	7 h. 45	35	nat.	2460	700	28/17	O.
1194	16	15 déc.	10 sep.	17	O.I.D.P.	9 h. 15	35	nat.	1980			
1303	21	3 août.	6 oct.	32	O.I.D.P.	10 h. 30	1 h. 20	nat.	2080	380	29/3	F. a. F. réc.
1479	?	31 janv.	1 nov.	2	O.I.D.A.	5 h. 15	?	?	1410	290	déch.	F. a.
1472	?	17 fév.	14 nov.	11	O.I.D.P.	3 h. 30	53	nat.	2940	620	16/10	O.
1506	?	16 fév.	21 nov.	7	O.I.G.T.	25 h. 40	1 h.	nat.	2490	430	25/5	O.
									2510	460	28/0	O.
25	?	17 avril.	7 janv.	3	O.I.D.T.	8 h.	30	nat.	2570	530	23/5	O.
116	?	3 mai.	27 janv.	13	O.I.G.T.	6 h. 30	30	nat.	2080	390	?	1 F. a.
137	?	25 avril.	1 fév.	3	O.I.D.A.	11 h.	30	nat.	2860	110	29/19	2 F. a.
191	?	18 nov.	13 fév.	0	?	?	57 h. 30	sp.	110	160	?	O.
196	?	25 janv.	13 fév.	15	O.I.G.T.	?	5	sp.	1870	400	27/0	O.
263	22	17 mai.	29 fév.	15	O.I.D.T.	60 h.	35	sp.	1830	810	déch.	O.
237	?	27 mai.	1 mars.	3	O.I.G.A.	7 h.	30	nat.	3710	620	25/9	O.
414	23	31 j. il.	10 avril.	19	S.I.D.A.	11 h.	3	nat.	1750	50	27/6	O.
506	21	24 juil.	12 avril.	16	O.I.G.P.	?	2 h. 5	nat.	1230			
514	20	5 août.	14 avril.	2	O.I.G.T.	?	5	art.	3550	670	32/0	O.
514	20	5 août.	14 avril.	2	Siège.	?	5	art.	1395	295	déch.	F. a.
587	21	24 juil.	20 avril.	27	O.I.G.T.	10 h.	50	nat.	2540	450	37/14	F. a.
618	6	6 août.	5 mai.	6	O.I.G.T.	31 h.	45	nat.	2500	400	23/3	F. a. F. réc.
638	23	mars.	9 mai.	3	O.I.G.A.	19 h. 40	1 h. 20	nat.	2550	500	35/4	2 F. a.
802	20	25 août.	6 juin.	7	O.I.D.T.	17 h. 45	30	sp.	250	510	?	O.
892	38	9 nov.	19 juin.	10	?	10 h.	2 h.	nat.	820	120	19/4	F. a.
949	23	17 oct.	1 juil. et.	50	O.I.G.T.	6 h. 45	5	sp.	4190	300	19/18	F. a. F. réc.
976	17	16 oct.	4 juillet.	2	O.I.G.A.	15 h. 40	25	nat.	2640	460	3/5	F. réc.
1002	19	18 oct.	9 juil. et.	2	O.I.G.A.	14 h.	1 h.	sp.	2500	480	3/7	O.
063	23	17 oct.	20 juil.	36	O.I.G.T.	20 h.	1 h. 5	sp.	2990	550	23/14	F. a.
066	20	12 oct.	21 juil.	19	O.I.G.T.	6 h.	40	nat.	2790	670	28/5	O.
117	19	8 nov.	17 août.	8	O.I.G.P.	10 h.	50	nat.	3660	100	33/6	O.
1513	20	16 janv.	22 oct.	5	O.I.G.P.	12 h.	35	sp.	3670	620	35/11	O.
1515	20	8 janv.	1 nov.	15	O.I.G.A.	13 h.	15	sp.	2100	590	18/9	O.
1543	37	15 janv.	2 nov.	50	O.I.G.T.	11 h. 30	1 h. 5	nat.	2000	600	30/10	F. a. F. réc.
1616	21	30 janv.	24 nov.	2	O.I.G.A.	28 h.	1 h. 5	nat.	2460	500	29/5	O.
1757	31	11 mars.	16 déc.	30	O.I.G.P.	12 h.	35	nat.	2860	540	?	O.
1797	27	24 mars.	26 déc.	6	O.I.G.P.	18 h. 30	45	nat.	3200	550	27/8	O.

(Albuminurie de la grossesse).

1891 (suite)

État de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse					
		P. holocte	No males	Cé. ha ee	Oedème	Troub. vis. lig.	Emis ax s	H mo rti gés	
Mort. Bon.	f. f.				m. inf.				1 ^{er} enfant mort le lendemain, hémorrhagie ap. accouchement. Du 23 mai au 31, temp. entre 38°,2 et 39°,4, 14 et 15 juin 83°,2. Phlegmatia le 31 mai.
Bon.	m.		N.		m. inf.				Alb. disp. à la sortie, 8 août.
Bon.	t.		N.		m. inf.				Alb. disp. le 3 août.
Bon.	t.		N.		m. inf.				Alb. le 3 et 4 juil. Alb. le 31 juil. Alb. disp. 4 août.
Bon.	m.	P.	N.	I.	m. inf.	I.			Forceps 38°,6 le 3 et le 9 août. 39°,3 le 10 août. Morte le 10 août.
Bon.	f.		N.	I.	m. inf.				Alb. disp. le 6 sep.
Bon.	t.	P.	N.		m. inf.				Alb. disp. le 18 sep.
Bon.	m.		N.		m. inf.				50 cent. d'alb. A la sortie le 16 oct. Enf. mort le 9 ^e jour.
Bon.	t.		N.						Alb. disp. 7 nov.
Bon.	f.		N.						A b. disp. 21 nov.
Mort-né.	f.		N.						Balons Tarnier et Champetier. Forceps. Enf. mort pendant opération. Alb. dep. 5 déc.
1892									
Bon.	t.		N.						Alb. disp. le 13 janvier.
Bon.	f.		N.						18 fév. S. 38°,2 7 mars S. 38°,5. 0 gr. 25 d'alb. à la sortie, 8 mars.
Bon.	m.	P.	N.						Alb. disp. le 8 févr.
Mort.	t.		N.						Avort. de 3 mois.
Avort.	m.		N.		gén.				Balons Tarnier et Champetier. 2 gr. d'alb. à la sortie 12 mars.
Bon.	t.	P.			m. inf.				Enfant mort 19 fév. d'en érite.
Bon.	m.		N.						Forceps. Alb. disp. le 31 mars. Du 29 fév. au 11 mars, temp. entre 38° et 38°,4.
Mort.	f.		N.						I Alb. passagère.
Bon.	t.		N.						I Alb. disp. le 23 avril. — Enf. nés viv. couv., mort à 15 jours.
Bon.	m.		N.						I Alb. disp. le 12 avril. — Balons Tarnier et Champetier. — Hém avant dév. — Cardiaque.
Mort-né.	f.	P.			gén.				I 10 gr. d'alb. à l'entrée, morte le 16 av. Tuberc. — Bal. Tarnier et Champetier.
Bon.	m.		N.		m. inf.				I 0 gr. 50 d'alb. à la sortie 14 mai.
Bon.	f.	P.							Forceps. — A b. di p. le 3 mai. — Du 6 au 17 mai, temp. entre 38°,2 et 39°,8. — Tuberculoses.
Bon.	m.		N.		m. inf.				I 1 gr. d'alb. à la sortie 19 mai.
Bon.	f.		N.		m. inf.				A b. disp. le 5 jan.
Mort.	t.		N.						0 gr. 50 d'alb. à la sortie 5 juillet.
Mort.	t.		N.						4 gr. d'alb. à la sortie 6 j ille — Folie brightique.
Mort.	f.	P.							0 gr. 50 d'alb. à la sortie 23 juil. Enf. m. le 8 juil. — 5 juil. 38°,2.
Bon.	f.		N.		m. inf.				Alb. disp. le 13 juillet.
Bon.	m.		N.		m. inf.				Alb. disp. le 10 juil.
Bon.	t.		N.		m. inf.				0 gr 25 d'alb. à la sortie 30 juillet.
Bon.	f.		N.						Alb. disp. avant l'accouchement.
Bon.	m.		N.						Alb. disp. avant l'accouchement.
Bon.	m.	P.							A b. disp. à la sortie 14 nov.— Hé m. ap. déliv. 8 nov. s. 38°,4.
Bon.	m.		N.		m. inf.				Alb. disp. à la sortie 18 nov. — Forceps.
Bon.	f.		N.						Alb. passagère.
Bon.	t.		N.						Alb. disp. le 14 décembre.
Bon.	m.	P.							Alb. disp. à la sortie le 14 janv. m. 39°,9, s. 38°,5. — 3 janv. 39°,7 1 janv. m. 38°,5

N° de l'accouchement	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouchement	Traitement. - Nombre de jours av. l'accouch.	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du placenta	Mensur. des membranes
								Durée	Mode			
26	19	II. 1 ^o à terme, forceps, enf. viv. mort à 7 m. de méningite.	25 avril	24 janv.	20	O.I.D.P.	9 h.30	20	nat.	4220	820	30,8
46	?	II. 1 ^o prém. à 6 m. 1/2. enfant vécut 5 j. — Père différent.	21 avril	3 fév.	4	O.I.G.A.	4 h.	30	nat.	3200	520	38/3
115	29	II. 1 ^o à terme (1885), enf. viv.	30 mai	7 mars	10	O.I.G.T.	6 h.15	25	sp.	3450	550	ch. ca. ma. q.
186	?	V. 1 ^o acc. ant. à terme normaux.	7 juin	25 mars	21	O.I.G.T.	5 h.45	15	nat.	1920	420	28/6
191		V. 1 ^o 1885, à terme, som. enf. viv.; 2 ^o 1886, avort. 3 m.; 3 ^o 1887 à terme, enf. viv.; 4 ^o 1889, av. 3 m. — Père des 3 prem. mort tuberc. père des 2 dern. bien port.	10 juin	26 mars	2	O.I.G.T.	5 h.35	50	nat.	2340	300	30/15
281	?	II. 1 ^o 1888, sommet 4 j. de trav. rupt. prém. des membr. basiotr. tot. m. dep. 12 h.	16 août	19 avril	37	O.I.G.T.	14 h.	?	?	3050	?	?
288	29	III. 1 ^o à terme, enfant viv. mort d'af. pulm à 1 an; 2 ^o spont. à t. enf. viv. même père.	14 juil.	21 avril	14	O.I.G.A.	7 h.35	30	nat.	3570	600	?
542	22	II. 1 ^o à t. enf. viv. m. de conv.	15 sept.	21 juil.	7	O.I.G.T.	23 h.	25	nat.	3370	590	33/6
828	28	II. 1 ^o 1869 à terme. Enf. viv.	1 déc.	14 sep.	86	O.I.D.T.	3 h.35	1 h.40	nat.	3520	530	35/10
835	?	II. 1 ^o 1885 à terme. Enf. viv.	30 nov.	18 sept.	72	S.I.G.T.	5 h.55	30	sp.	710	670	33/8
917	20	II. 1 ^o 1889 à terme. Enf. viv.	10 mars	21 oct.	60	O.I.D.T.	3 h.10	18	sp.	1000	310	10/10
1009	29	III. 1 ^o 1881 à t. enf. viv. mort à 2 ans de dipht. 2 ^o 1885 à t. enf. viv. Même père.	21 janv.	3 nov.	12	O.I.D.T.	12 h.40	1 h.40	art.	2610	23	déch.
1046	30	IV. 1 ^o 1885 à terme. Enf. viv. 2 ^o 1887 id. 3 ^o 1888 id.	12 mars	12 nov.	12	O.I.G. S.I.D.	6 h.	2 h.	sp.	1860 2430	1080	déch.
1098	24	II. 1 ^o 1889 à terme. Enf. viv.	2 mars	24 nov.	13	O.I.D.T.	11 h.	1 h.	nat.	2430	440	19/3
1131	23	II. 1 ^o 1887 à t. sp. enf. viv.	5 mars	2 déc.	5	O.I.D.T.	15 h.	50	sp.	318	530	26/8
1184	31	I.I. 1 ^o 1883 à terme, enf. viv. Forceps. 2 ^o 1884.	13 mars	15 déc.	21	S.I.G.A.	4 h.55	1 h.	sp.	2540	450	33/14
1224	36	VII. 1 ^o Avort. 3 m. 1/2. 2 ^o Pré-mat. enf. mort. 3 ^o à t. enf. viv. m. à 13 mois de conv. 4 ^o à t. enf. vit enc. 5 ^o a f. enf. viv. m. à 3 ans 1/2. 6 ^o à t. enf. vit enc.	5 avril	25 déc.	2	O.I.G.A.	1 h.10	40	nat.	2670	430	26/14
53	30	VII. 1 ^o Acc. prém. 7 m. enf. m. à terme enf. viv. mort à 7 sem. 3 ^o à terme enf. mort. 4 ^o à terme enf. m. 1 h. après. 5 ^o à terme enf. mort. 6 ^o à terme enf. m. 1 h. après. Même père pour tous les enfants.	21 mars	12 janv.	86	O.I.G.A.	15 h.	1 h.50	nat.	336	600	21/15

Foyers hémorrhagiques	Etat de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suites de couche		Autres manifestations pendant la grossesse				
			Pathologiques	Normales	Urophlé	Oedème	Troub. v. uels	Enstaxis	Hémorrhagie
q. q. F. a. et réc.	Bon	f.	P.						1.
O.	Bon	f.	N.		m. inf.				
O.	Bon	m.	N.						
pl. F. a.	Bon	f.	P.		gén.				
q. q. F. a.	Bon	m.	P.						1.
?	mort-né	m.	N.						
O.	Bon	f.	N.						
O.	Bon	f.	N.						
pl. F. a. et réc.	Bon	f.	P.		I.				1.
pl. F. a. réc.	Bon	m.	P.		I.				
pl. F. réc.	mort	f.	N.						
pl. F. a. et réc.	Bon	m.	P.						
O.	Bon	f.	N.		m. inf.				
O.	Bon	f.	N.		s. pub.				
O.	Bon	f.	N.		m. inf.				
O.	Bon	m.	N.						
O.	Bon	f.	N.						
O.	mort	f.	P.						
1891									
q. q. F. réc. 2 F. a.	mort	m.	N.		génér.				

Alb. disp. à la sort. 6 fév. du 25 janv. au 1 fév. temp. entre 38° et 38°,3.

Alb. disp. le 7 février.

Alb. passagère.

2 gr. d'alb. à la sortie, 12 avr. — 2 avr. m. 38°,4.

Alb. disp. à la sortie 6 avril. — 30 mars s. 38°,2, 1 et 5 avril s. 38°,2.

Forceps au pex-sup. Alb. disp. le 23 mars.

Alb. le 10 avril seulement.

Alb. disp. à la sortie 11 juillet.

Alb. disp. à la sortie 1 nov. — Du 29 sept. au 9 oct. temp. entre 38°,2 et 38°,8.

Alb. disp. à la sortie 6 octobre. — Du 19 au 24 sept. temp. entre 38°,2 et 39°,5.

Alb. disp. le 24 oct. — Enf. m. 1 h. apr. acc.

Alb. disp. le 5 nov. — Hém. après l'acc. — 4, 5, 6 nov. temp. entre 38° et 39°.

Alb. disp. le 9 décembre.

Forceps. Alb. disp. le 5 déc. — Bal. Tarnier et Ch.

Alb. disp. avant accouchement.

Alb. d. av. acc. — Bal. Champ. — Hém. apr. déliv.

Morte de pneum, 3 janv. — Enf. mort de convul. 5 janv. — Temp. entre 38° et 40°,5.

1 hémorrh. ap. délivrance. Enf. mort de conv. le 17 janvier. Plus d'abl. le 17.

TABLEAU A

Multipares

N° de l'accouchement	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouchement	Traitem.- Nombr. de jours avant l'accouchement	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du placenta	M. n. ur. des membranes
								Durée	mode			
111	21	II. 1 ^o 1887 prém. à 8 m. enf. viv. m. aussitôt après. Père différent.	7	25 janv.	4	O.I.G.P.	16 h.	1 h.50	nat.	2350	330	26/13
205	27	II. 1 ^o 1888 à terme enf. vivant même père.	12 mai	14 févr.	30	O.I.D.P.	11 h.	40	nat.	3380	540	28/5
329	22	II. 1 ^o 1888 avort. 4 m. 1/2.	6 juin	16 mars	48	O.I.D.D. O.I.G.	12 h.30	7	sp.	2920 2470	1090	29/14
348	41	VI. 1 ^o 1878 à terme enf. viv. 2 ^o prém. enf. m. ma éré. 3 ^o 1881 à terme e f. vi. mort à 13 m. 4 ^o 1887. Avort. 2 mois. 5 ^o 1889 à t. enf. viv. Mêm. père p. 4 premier. Père diff. p. 1 s 2 derniers.	30 juin	20 mars	58	O.I.D.T.	4 h.	30	sp.	3200	650	26/7
407	35	IV. 1 ^o 1882 norm. enf. viv. m. de croup à 14 m. 2 ^o 1885 à terme enf. viv. 5 ^o 1888 à t. enf. viv. m. à 258 avec ophtalmie.	18 juin	31 mars	17	O.I.C.P.	13 h.	50	nat.	3180	550	29/7
513	23	II. 1 ^o 1888 à terme enf. viv.	29 juin	24 avril.	85	O.I.G.P.	12 h.30	30	nat.	4220	700	27/20
536	—	III. 1 ^o 1837 à terme enf. viv. m. à 3 m. 2 ^o 1883 à t. enfant vivant.	28 juil.	29 avril.	2	O.I.D.T.	2 h 50	5	sp.	2400	500	28/9
550	—	V. 2 ^o pr. 85 et 86 à t. enf. viv. morts à 6 s. de cholérine 2 avort. à 3 m.	août	2 mai.	8	O.I.G.A.	8 h.	35	nat.	4000	300	28/4
608	27	II. 1 ^o 1889. Avort. 6 m. 1/2.	22 août	13 mai.	25	O.I.G.A.	?	30	nat.	1600	200	26/6
655	?	II. 1 ^o 1881 à terme enf. viv.	30 sept.	22 mai.	2	O.I.D.P. O.I.D.P.	3 h.30	40	sp.	2500 2550	1250	30
656	2	II 1 ^o 1887 prim. 7 m. enf. m.	13 août	23 mai.	4	O.I.D.T.	6 h.	20	nat.	2080	410	26/7
810	36	VIII. 1 ^o 1871 à terme enf. viv. 2 ^o 1872 id. 3 ^o 1877 id. 4 ^o 1880 id. 5 ^o 1881 à t. enf. viv. m. a 4 m. 6 ^o 1883 à terme enf. viv. m. à m. de croup. 7 ^o 1885 à t. enf. viv. à 6 mois, tous du même père sauf le der.	23 sep.	23 juin.	25	S.	6 h.	45	nat.	2500	440	30/25
815	36	VII 6 acc. ant. à terme enfant viv.	13 sep.	24 juin.	20	O.I.D.T.	9 h.30	40	nat.	3290	515	27/7
862	22	II. 1 ^o 1887 à terme enf. viv.	15 sep.	2 juillet.	43	O.I.G.A.	1 h.10	1 h.20	nat.	2625	630	déch.
880	32	V. 1 ^o 1881 prém. enfant mort. 2 ^o 1881 avort. 5 m. 3 ^o 1884 à terme enf. viv. 4 ^o 1889 à terme enf. viv.	13 déc.	6 juillet.	2	O.	10 h.	5	nat.	1190	280	21/3
928	24	II. 1 ^o 1886 à terme. Siège enf. mort.	27 sep.	18 juil.	149	Siège.	?	?	?	3370	530	déch.
968	25	II. 1 ^o 1889 prém. Génell. 1 enf. mort 1 enf. viv.	29 oct.	23 juil.	4	O.I.G.A.	8 h.	5	sp.	2870	440	2/12

Foyers hémorrhagiques	Etat de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suite de cou he		Autres manifestations pendant la grossesse				
			Pathologiques	Normales	Céphalée	Œdème	Troub isuels	Eptax s.	H. mortifage
O.	Bon.	f.	P.	N.		m. inf.			Alb. disp. 9 fév. 3 et 4 fév. 38°8. 5 fév. S. 39°5 17 et 18 fév. S. 39°. Du 22 févr.— 2 mars le soir entre 38° et 39°.
O.	Bon.	m.		N.			I.		Empatement des annexes. Douleur.
O.	Bon. Bon.	m. m.							Alb. disparue le 15 janv.
O.	Bon.	f.		N.					Du 18 au 22 mars temp. entre 38°2 et 39°1. Hémor. tr. abond. 4 h. ap. Délivrance. Alb. disp. 21 mars.
O.	Bon.	f.		N.					Alb. disp. le 23 mars.
O.	Bon.	m.	P.						1 ^{er} avril 38°1. Alb. passagère.
O.	Bon.	m.		N.		m. inf.	I.		
O.	Bon.	m.	P.		I	m. inf.			4 mai s. 38°2. 9 mai s. 38°6. 12 mai s. 38°1. Hémorr. ap. déliv. Alb. disp. à la sortie 14 mai.
O.	Bon.	m.		N.					Chorée av. acc. disp. ap. acc. Alb. disp. à la sortie 16 mai.
F. a. F. réc.	Mort-né.	m.		N.		mains	I.		2 gr. d'alb. à l'entrée. 1 gr. à la sortie 24 mai.
O.	Mort.	m.		N.					1 ^{er} enf. m. de convul. le 30 mai. Le 2 ^e enf. a mau- vais état gén. à sa sortie.
F. a.	Mort.	m.		N.					Enfant mort le 27 mai.
O.	Bon.	m.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 2 juil. à sa sortie.
O.	Bon.	m.							Alb. disp. 29 juin.
O.	Mort.	m.		N.					Syphilis. Enfant mort 10 juil. après l'hémorr. du cordon.
O.	Mort.	m.	P.			m. inf. s. pub.			Hémor. après déliv. 7 juil. m. 38°2. 15 juil. s. 38°2 28 juil. 38°2. Alb. disp. le 12 août.
O.	Bon.	m.	P.			gén.			Op. de Porro. pr. tumeur utérine. 22 juill. 38°2.
O.	Bon.	m.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 3 août.

N° de l'accouchement	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouchement	Traitem. et - Nombre de jours avant l'accouch.	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du placenta	Mensuration des membranes
								Durée	Mode			
1151	28	II. 1° 1887, à terme enf. viv.	14 oct.	1 sept.	43	O.I.G.T.	9 h.	30 m.	nat.	2600	400	36/7
1185	24	II. 1° 1836, avort. 7 m. 1/2.	3 déc.	8 sep.	22	O.I.G.A.	4 h.	15 m.	sp.	2870	600	30/7
		V. 1° Prém 6 m. 1/2, enf. viv.										
		2° Prém. 5 mois, enf. mort										
		ma.										
1249	?	3° Prén., 8 m. enf. viv.	8 mai	24 sept.	8	O.I.G.A.	5 h. 35	25 m.	sp.	1150	330	20/10
		mort à 27 mois.										
		4° Prém., 8 m., enf. viv.										
		XV.										
1260	33	° 1876, à terme, enf. viv.	10 fév.	26 sep.	11	O.I.D.P.	15	30 m.	nat.	174	340	24/4
		2° 1877, prém. enf. mort.										
		3° 1878. 4° 1879. 5° 1880. c s										
		trois acc. à 7 m. enf. v.										
		morts 15 m. ap. Les aut.										
		acc. prém., enf. m. ap.										
		naiss. même père.										
		III.										
1401	32	1° 1883, à term. enf. viv.	14 janv.	30 oct.	17	O.I.D.T.	8 h. 45	40 m.	nat.	3500	55	35/12
		mort 2 ans 1/2 (croup).										
		2° 1886, à term., enf. viv.										
		mort anthér., même père										
		par les 2 p. d f. pour 3°.										
		II.										
1557	21	1° A terme, enf. viv.	24 fév.	3 déc.	19	O.I.G.T.	4 h. 45	1 h.	nat.	3050	510	27/10
		II.										
1633	?	1° 1888, à terme, enf. viv.	13 mars.	22 déc.	27	O.I.G.A.	2 h. 35	25 m.	nat.	2520	30	31/10
		mort à 3 mois. canthér.										
		III.										
1750	?	1° 1879, à terme, enf. viv.	15 janv.	24 sep.	6	O.I.D.T.	27 h. 35	50 m.	sp.	2400	400	24/3
		2° 1831, id.										
		III.										
49	?	1° prém., enf. viv. mort à	14 juin	13 janv.	13	?	?	40 m.	nat.	680	170	16 h
		3 jours, 2 prém. enf. m.										
		macère. même père.										
		II.										
87	21	1° 1810, à terme, enf. viv.	8 avril.	21 janv.	38	O.I.G.T.	3 h. 20	10 m.	sp.	3520	650	19/1
		morte à 1 an, de croup.										
		II.										
149	?	1° 1891, prém. 7 m. 1/2.	30 mai	3 fév.	3	O.I.G.P.	7 h. 10	35 m.	nat.	2350	430	27/11
		enfant mort.										
		IX.										
184	34	1° 1877, à terme, enf. viv.	22 mai	11 fév.	2	O.I.G.T.	10 h.	30 m.	nat.	3020	475	31/8
		2° 1879, à terme, enf. viv.										
		mort à 6 ans d'enf.rite.										
		3° 1880, à terme, enf. viv.										
		mort à 7 m. 1/2 de coq.										
		4° avortement 4 mois.										
		5° 1883, à terme enf. viv.										
		6° 1886, à terme enf. viv.										
		mort à 19 mois de bron.										
		p. eun.										
		7° 1888, à terme enf. viv.										
		mort à 4 m. 1/2 d'enf.rite.										
		8° 1889, à terme enf. viv.										
		même père.										
		l'ère iff pour le 9° enf.										
		II.										
201	?	1° 1890, prém. 7 mois 1/2,	27 avril.	15 fév.	9	O.I.G.A.	8 h. 30	15 m.	nat.	3150	580	31/8
		enf. viv.										
		II.										
355	23	1° 1889, à terme, enf. viv.	27 mai.	17 mars.	28	O.I.G.P.	5 h. 20	30 m.	nat.	3630	560	31/10

(Albuminurie de la grossesse)]

1891 (Suite).

Foyers hémorrhagiques	État de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse					
			Pathologie	Normales	Céphalée	Œdème	Troub. visuel	Épistaxis	Hémorrhagie	
O.	Bon.	m.		N.		m. inf.				Alb. disp. le 2 août, ne reparait pas.
F. a.	Bon.	f.		N.						Alb. disp. le 30 sep.
1 F. rec.	Mort.	f.		N.		m. inf.				Alb. disp. le 23 sep.
O.	Mort.	f.				m. inf.				Cardiaque. Morte 1 ^{er} oct., temp. entre 38°,2 et 39°,4. Enf. mort, 28 sept.
F. a.	Bon.	m.		N.						20 cent. alb. à la sortie, 14 nov.
O.	Bon.	m.		N.						Alb. disp. 7 déc.
F. a.	Bon.	f.		N.				I.		
F. a.	Mort.	m.	P.			m. inf.				Du 25 sept. au 2 oct. temp. entre 38°,4 et 39°,5. Enf. mort le 2 octob.
1892										
F. a.	Mort mac.	f.		N.	I.				I.	Enf. mort depuis le 2 janvier. Alb. disp. le 18 janv.
O.	Bon.	m.		N.						Alb. disp. le 3 janvier.
1 F. réc.	Bon.	f.		N.						
O.	Bon.	m.	P.							Fév. 18 s. 38°2; 19 m. 38°5; ; 20, s. 38°8; du 25 au 5 mars entre 38°,2 et 39°. Crevasses aux 2 seins.
F. a.	Bon.	m.		N.						Alb. disp. le 14 fév.
F. a.	Bon.	f.		N.		m. inf.				Alb. disp. à la sortie 26 mars.

N° de l'accouchement	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouchement	Temps écoulé, — Nombre de jours avant l'accouchement	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du Placenta	Mesur. des membranes
								Durée	Mode			
423	27	II. 1 ^o 1885, à terme, enf. viv.	28 juin	30 mars	25	O.I.G.P.	12 h. 40	0 h. 30	nat.	2870	400	29/5
440	27	II. 1 ^o 1890 à terme, enf. viv. mort à 1 an.	11 juill.	2 avril	3	O.I.D.P. S.I.G.A.	4 h. 35	10	sp.	2700 2520	850	38/1
450	26	II. 1 ^o 1890, à terme, forceps.	2 juill.	4 avril	9	O.I.D.T.	10 h. 40	1 h. 50	nat.	3600	560	?
453	26	II. 1 ^o 1888, prém., 8 m., enf. v.	4 juill.	4 avril	8	O.I.G.A.	2 h. 30	10	nat.	3000	630	27/5
709	24	II. 1 ^o 1890, à t., enf. viv. m. à 1 an.	15 août	22 mai	14	S.I.G.P.	8 h.	1 h. 20	nat.	3530	700	37/14
990	31	IV. 1 ^o à t. enf. vit. 2 ^o à t. enf. vit. 3 ^o id.	27 sept.	7 juillet	12	O.I.G.T.	7 h. 25	3 h.	nat.	3900	600	déch.
1029	23	II. 1 ^o à t. enf. vit. même père.	20 oct.	11 juill.	10	O.I.G.T.	9 h. 20	47	nat.	3820	580	30/42
1065	26	III. 1 ^o à t. enf. m. tub. 2 ^o à t. enf. viv. m. de tub. re.	5 déc.	20 juill.	1	O.I.D.P.	1 h. 50	20	sp.	3780	680	25/15
1193	31	IV. 1 ^o 1887, forceps, enf. viv. 2 ^o 1887 à t. enf. vit. 3 ^o 1888, à t. enf. vit.	25 déc.	19 août	9	O.I.D.T.	13 h. 20	15	nat.	4340	360	22/3
1213	39	VII. 1 ^o avort. 6 m. 2 ^o prém. 8 m. 1/2, enf. vit. 3 ^o pr. 8 m. 1/2, enf. vit. 4 ^o , 5 ^o , 6 ^o , id.	18 oct.	21 août	81	O.I.D.A. S.I.G.	5 h.	25	nat.	4010 1720	800	déch.
1264	28	IV. 1 ^o pr. 8 m., enf. m. 2 ^o à t. enf. viv. m. à 7 a. de pu. 3 ^o à t. enf. vit. 3 sièges.	3 déc.	31 août	15	O.I.G.A.	22 h.	30	nat.	4050	680	33/19
1401	32	III. 1 ^o à t. enf. vit. 2 ^o à t. enf. mort de diphtérie.	20 déc.	18 sept.	70	O.I.G.T.	4 h. 10	40	nat.	3520	460	23/5
1638	28	II. 1 ^o Prém. 8 m. 1/2, forceps. Enf. vivant.	28 fév.	22 nov.	3	O.I.G.T.	5 h. 30	25	sp.	3010	360	29/10
1672	?	III. 1 ^o 1887, à terme, enf. vit. 2 ^o 1890, à terme enf. vit.	15 mars	26 nov.	4	O.I.G.P.	6 h. 40	25	sp.	1920	390	21/3
1713	34	V. 1 ^o 1887, à t., enf. m. à 17 j. du sang. 2 ^o 1880, enf. vit. 3 ^o 1887, enf. vit. m. à 18 j. 4 ^o 1890, enf. viv. m. à 7 m. Même père p. les 2 premiers, père dif. pour les 2 derniers.	25 fév.	7 déc.	10	O.I.G.T.	26 h. 30	45	nat.	4770	480	25/10
1734	31	VIII. 1 ^o Prém., 8 m. enf. macéré. 2 ^o à t. enf. vit. 3 ^o pr. 7 m. enf. mac. 4 ^o pr. 6 m. enf. mac. 5 ^o pr. 5 m. 1/2. id. 6 ^o 6 m. id. 7 ^o id.	16 juill.	11 déc.	1	O.I.G. S.I.D.	6 h. 30	15	sp.	316 351	?	?
1737	22	III. 1 ^o à t. enf. vit. 2 ^o à t. enf. v.	11 mars	11 déc.	6	O.I.D.P.	5 h. 25	50	nat.	3150	510	?
1811	27	II. 1 ^o à t. enf. vit. même père.	20 mars	28 déc.	10	O.I.G.A.	8 h. 30	45	sp.	2900	500	25/10
72	20	II. 1 ^o Prém., 7 mois.	22 fév.	4 déc.	18	O.I.D.P.	9 h. 30	30	nat.	3100	?	31/4

(Albuminurie de la grossesse).

1892 (Suite).

Foyers hémorrhagiques	État de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
			Pathologiques	Normales	Céphalée	Œdème	Troub. visuel	Eds axi	H mor bagie
F. a.	B.	m.		N.		m. inf.			I
O.	B. B.	m. m.	P.			m. in.v.			
2 F. réc.	B.	m.	P.			m. inf.			
O.	B.	f.		N.					
O.	B.	f.		N.					
O.	B.	f.		N.		s. pub			
O.	B.	m.		N.					
O.	B.	m.		N.					
8 F. a.	B.	f.		N.		gén.		I	
F. a.	B. mort	f. m.		N.		m. inf.			
O.	B.	f.		N.		m. inf.			I.
O.	B.	f.		N.					
F. a. F. réc.	B.	m.		N.					
F. a.	B.	f.		N.	I.			I.	
F. a.	B.	f.	P.						
O.	mort	f.		N.					I.
F. a.	B.	m.		N.					
O.	mort	f.	P.						
1889									
F. a F. réc.	B.	m.		N.					

Alb. disp. le 3 avril.

0 gr. 50 d'alb. à la sortie 13 avril. 7 avril, s. 38°2.

Alb. disp. le 6 avril. — 10 avril 38°2.

Hémorr. avant déliv. — Alb. disp. 4 avril.

Alb. disp. le 16 mai. — Version par man. ext.

Alb. disp. avant l'accouchement.

Alb. disp. avant l'accouchement.

Hémorr. après délivrance.

2 gr. d'alb. à la sortie 6 septembre.

Alb. disp. à la sortie 4 septembre.

Alb. disp. le 22 août.

Alb. disp. le 25 septembre.

Alb. disp. le 1^{er} décembre.

Alb. le 13 décembre.

Alb. disp. le 21 déc. à la sortie, 15 déc. m. 39° s. 39°5. — 16 déc. m. 38°6. Lymph.

Alb. disp. le 14 décembre.

Alb. disp. avant l'accouch.

Alb. disp. q.j. apr. l'acc.; 23 déc. s. 38°6, enf. m. 19 j.

0 gr. 50 d'alb. à la sortie 19 décembre.

TABLEAU A'

Primipares (Albuminurie)

N° de l'accouchement	Age	Dernière règles	Date de l'accouchement	Entrée dans le service	Présentation et position	Durée totale du travail	DÉLIVRANCE		P. du fœtus	P. du placenta	Ménstruation des membranes	Foyers hémorragiques
							Durée	Mode				
99	23	23 mai	2 mars	2 mars	Sommet.	8 h. 45	1 h.	nat.	3'0	490	4/5	pl. F. a. réc.
143	27	20 mai	15 mars	15 mars	O.I.D.A.	7 h.	1 h.	nat.	5610	460	déc.	pl. F. réc.
490	25	20 oct.	19 juin	19 juin	Sommet.	10 h. 45	2 h. 25	nat.	1200	50	19/9	1 F. réc. 3 F. a.
567	24	5 nov.	8 juil.	8 juil.	O.I.D.T.	8 h. 10	20	nat.	290	50	8/7	5 F. réc.
1418	24	15 mars	29 nov.	28 nov.	O.I.D.P.	16 h.	40	Sp.	2750	570	28/7	1 F. réc. 1 F. a.
1136	21	28 fév.	4 déc.	4 déc.	O.I.G.T.	7 h.	4	Sp.	395	670	29/11	1 F. a.
80	22	16 mai	21 janv.	20 janv.	O.I.G.A.	0 h. 40	2 h. 20	nat.	1960	300	34/1	F. a. F. réc.
97	28	18 mai	22 janv.	21 janv.	O.I.G.A.	15 h. 20	30	Sp.	2210	360	21/5	q. q. F. a.
169	22	17 mai	6 fév.	6 fév.	O.	13 h.	50	Sp.	2120	40	19/7	F. a. F. réc.
298	20	22 juin	22 fév.	2 fév.	O.I.G.T.	6 h.	55	nat.	1420	270	6/10	2 F. a. F. réc.
632	?	2 oct.	17 mai	17 mai	O.I.G.A.	3 h. 3	40	Sp.	2170	00	19/12	F. a. F. réc.
820	?	20 sept.	25 juin	24 juin	O.I.D.P.	?	30	Sp.	80	505	6/6	F. a. F. réc.
967	22	20 nov.	25 juil.	25 juil.	O.I.D.T.	19 h. 34	1 h. 4	na.	167	290	?	F. a. F. réc.
1132	?	3 déc.	26 août	26 août	O.I.D.A.	6 h. 30	40	nat.	1560	465	8/9	F. a. F. réc.
1202	17	24 déc.	12 sep.	12 sep.	O.I.G.P.	3 h. 50	40	nat.	2400	410	2/7	1 F. réc.
1309	25	14 juin	12 oct.	12 oct.	O.I.D.P.	12 h. 5	5	Sp.	253	480	24/10	F. a. F. réc.
1354	?	0 juiv	20 oct.	18 oct.	O.I.D.P.	14 h. 35	40	nat.	180	540	33/4	4 F. an.
1462	?	avril	11 nov.	10 nov.	O.I.D.T.	24 h.	5	Sp.	560	30	26/2	F. a. F. réc.
1473	29	28 janv.	15 nov.	4 nov.	?	14 h.	3	Sp.	390	680	32/4	F. a. F. réc.
1477	?	15 lev.	16 nov.	16 nov.	O.I.D.A.	12 h. 35	30	nat.	200	600	24/10	F. a. F. réc.
1600	20	mai	14 déc.	14 déc.	O.I.D.T.	9 h. 25	5	Sp.	158	420	18/14	F. a.
1617	?	mars	19 déc.	18 déc.	O.I.G.A.	3 h. 20	40	Sp.	2800	60	6/8	1 F. a.
18	?	5 mai	5 janv.	3 janv.	O.I.G.A.	33 h.	20	nat.	1930	420	4/10	F. a. F. réc.
179	?	15 mai	10 fév.	10 fév.	O.I.G.A.	?	25	nat.	229	440	déch.	F. a. F. réc.
217	23	18 mai	17 f. v.	17 fév.	O.I.G.A.	?	20	nat.	2490	740	26/1	F. a. F. réc.
418	19	2 août	30 mar.	30 mars	O.I.G.P.	12 h. 35	5	Sp.	114	240	?	F. a.
575	20	22 juil.	25 avril	25 avril	O. G.A.	5 h.	20	Sp.	3450	630	34/2	F. a. 2 F. réc.
741	19	15 sep.	23 mai	26 mai	O.I.D.A.	20 h.	35	nat.	2830	735	25/4	1 F. a.
755	28	30 sep.	29 mai	29 mai	O.I.D.A.	5 h. 30	30	nat.	2820	390	é h	3 F. a. F. réc.
815	22	6 oct.	7 juin	7 juin	O.I.G.A.	15 h.	40	nat.	2470	40	29/6	F. a.
820	19	15 sep.	8 juin	8 juin	O.I.	7 h.	15	sp.	500	18	déch.	F. a.
951	15	18 oct.	1 juil.	30 juil.	O.I.D.P.	13 h. 15	1 h.	nat.	2280	430	?	F. a. F. réc.
938	19	20 oct.	3 juillet	3 juil.	O.I.G.P.	6 h. 15	1	sp.	2050	450	24/14	F. a.
1014	26	?	12 juillet	11 juil.	O.I.G.A.	13 h.	1 h. 5	sp.	20	500	25/10	F. a.
1061	15	7 janv.	31 août	31 août	S.I.G.T.	7 h. 45	15	nat.	1120	20	2/15	F. a.
1169	30	10 mars	13 oct.	12 oct.	O.I.G.A.	10 h. 4	10	sp.	1190	340	?	F. a.
1588	19	25 év.	11 nov.	11 nov.	S.I.G. F.	19 h. 25	1 h. 15	nat.	3100	70	26/1	1 F. réc.
167	25	4 fév.	15 nov.	15 nov.	O.I.D.P.	7 h. 30	45	nat.	030	340	26/6	F. a.
1630	19	31 juil.	21 nov.	21 n. v.	O.I.G.A.	4 h. 30	1 h. 30	nat.	320	170	13/7	F. a.
1653	24	13 mars	26 nov.	26 nov.	O.I.G.A.	19 h. 10	35	nat.	1380	350	8/4	F. a. F. réc.
1733	23	8 avril	11 déc.	11 déc.	O.I.G.T.	6 h. 30	35	nat.	2400	40	29/4	F. a.
1761	28	28 mars	17 déc.	16 déc.	O.I.D.P.	36 h.	55	nat.	2500	49	8/12	F. a.

mixte) (Placenta présentant des lésions).

1890

État de l'enfant à la sortie	Sexe	Situation des couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
		Préterm	Normal	État de la mère	Oedème	Troub. visuels	Épilepsie	Hémorrhagie
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.		ets. p.			
m.-n. n. m.	f.	P.			g. né.			
Bon	m.		N.		général.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.		m. inf.			
1891								
mort mac.	f.		N.					
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.					
mort-né	m.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.		général.			
Bon	f.	P.			m. inf.			
mort mac.	m.	P.			g. né.			
Bon	m.		N.		général.			
Bon	m.		N.					
Bon	m.		N.					
mort	f.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.		général.			
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.		m. inf.			
mort-né	f.		N.					
Bon	m.		N.					
1892								
Bon	f.		N.					
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
mort-né	f.		N.		f.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.		général.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
mort mac.	f.		N.					
mort	m.		N.					
Bon	m.		N.					
Bon	f.		N.					
mort-né	f.	P.			m. inf.			
mort mac.	f.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.		général.			
Bon	m.		N.					
mort mac.	f.		N.		général.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	f.		N.		m. inf.			
Bon	m.		N.					

Alb. disparue le 5 mars.
 Alb. passagère, 15 mars, s. 38° 4.
 0 gr. 10 d'alb. à la sortie, 19 juil. — Du 21 au 28 juin t. ent. 38° et 39°, s.
 Alb. disp. le 20 juil. — Forceps.
 Alb. disp. le 14 déc.
 Alb. passagère.

0 gr. 50 d'alb. à l'entrée, 0 gr. 25 à la sortie, le 26 fév.
 Traitement. — Alb. disparue à la sortie, 4 fév.
 Alb. disparue le 27 fév.
 Hémorrhagie après accouchement. Alb. disparue à la sortie.
 Forceps, 1 gr. 50 d'alb. à l'entrée. Alb. disp. à la sortie, le 9 juin.
 Hémorrhagie après déliv. Alb. disp. 2 juillet. — 29 juin 38°, 2.
 Anasarque. — Femme morte le 28 juillet.
 0 gr. 75 cent. à la sortie, 12 sep. 2 gr. d'alb. à l'entrée.
 Alb. disp. le 24 sept. à la sortie.
 Alb. disp. le 16 octobre.
 Forceps, Alb. disparue, 2 nov. Enfant mort 21 octobre.
 0 gr. 75 alb. à la sortie, 19 déc.
 Alb. disp. 21 nov.
 Alb. disp. à la sortie 27 nov.
 Alb. disp. le 20 déc.
 Alb. disp. le 29 déc. à la sortie.

Alb. passagère.
 Alb. disp. le 16 fév.
 Alb. disp. le 2 mars.
 Alb. disp. le 4 avril. Enf. mort depuis le 1^{er} mars.
 Alb. disp. le 10 mai.
 Alb. passagère.
 Alb. disp. à la sortie 9 juin.
 Alb. disp. à la sortie 16 juin.
 Alb. passagère. — Enfant mort le 3 juillet.
 Alb. disp. à la sortie 19 juillet.
 Alb. disp. le 20 juillet.
 Alb. pas. Du 7 au 15 sep. tem. ent. 38° et 38°, 2. — 19 et 27 sep. s. 38°, 5.
 0 gr. 50 d'alb. à la sortie, 22 oct.
 Alb. disp. le 20 nov., hémorrhagie après accouchement. Brightique.
 Alb. passagère.
 Alb. passagère.
 0 gr. 15 d'alb. à la sortie 14 déc.
 Alb. disp. le 19 déc.
 Alb. Passagère.

TABLEAU A'

Multipares (Albuminurie mixte)

N° de l'accouchement	Âge	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée dans le service	Présenta-tion et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus.	P. du placent.	Mensur. des membranes
								Durée	Mode			
1061	28	II. 1° Avort. à 3 mois 1888, même père.	20 janv.	15 nov.	15 nov.	Som.	19 h. 15	1 h. 15	art.	4350	710	déch.
857	25	II. 1° Prém. 6 m. 1/2, enf. m.	26 nov.	1 juillet	1 juillet	Som.	5 h.	1	sp.	1030	180	25/4
897	?	VI. 4 acc. norm., 1 prém. 8 m. enfant mort.	25 déc.	10 juil.	10 juil.	O.I.G.A.	6 h.	10	sp.	950	200	22/6
970	?	XI. 3 avort. 3 m., 4 m., 5 m., 1 gém. enf. viv. 6 à t., enf. viv.	24 oct.	26 juil.	13 juil.	O.I.D.A.	15 h. 15	15	sp.	2610	500	21/14
1214	26	III. 1° 1885, à t. enf. viv. mort six sem 2° en 1886, à t. enf. viv. mort 2 mois.	1 déc.	15 sept.	14 sept.	O.I.G.A.	2 h. 45	45	nat.	3140	660	28/9
1314	?	III. 1° à t. enf. vit. 2° prém. enf. viv. à 6 jours.	10 fév.	9 octob.	8 octob.	O.I.D.T.	7 h. 35	10	sp.	2090	510	26/8
1464	27	II. 1° 1885, à t. enf. vit.	15 mars	12 nov.	11 nov.	O.I.G.T.	7 h. 30	10	sp.	860	30	17/4
1619	?	II. 1° 1887, à t. enf. vit. Forc.	12 mars	18 déc.	18 déc.	O.I.D.P.	3 h.	2	sp.	3550	565	18/14
464	24	II. 1° 1890, avort. 3 mois.	18 juil.	7 avril.	6 avril.	O.I.D.P.	5 h. 30	30	nat.	3100	580	29/7
1575	26	II. 1° Avort. 4 mois.	23 mars	8 nov.	8 nov.	O.I.G.T.	8 h.	45	sp.	1280	280	déch.
1576	25	II. 1° 1888, à terme, enf. vit.	25 janv.	9 nov.	9 nov.	?	?	40	nat.	2770	530	28/9
1637	27	VI. 1° 1887, prém. 8 m. 1/2, enf. viv. 2° 1888, prém. 6 m. 1/2, enf. mort 3° 1889, p. é n. enf. m. 4° 1890, or. 7 m. 1/2, enf. viv. 5° 891. à t. enf. viv. m. à 9 m.	17 fév.	22 nov.	22 nov.	O.I.G.A.	15 h. 40	25	sp.	3550	740	25/10
94	38	VIII. 5° Prém. à 1. 6° av. 5 m. 1/2 7° prém. 7 mois.	1 juin	30 déc.	30 déc.	S.I.	8 h.	1 h.	nat.	490	?	?

(Placenta présentant des lésions).

1890

Foyers hémorrhagiques	Etat de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suite de couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
			Pathologiques	Normales	Céphalée	Celème	P. b. viscéral	Enxixis	H. m. r. h. gie
p. F. réc.	Bon	m.		N.		m. inf. p. abd.			
1891									
F. a.	mort-né	m.	P.			m. inf.			
F. a. F. réc.	m. macéré	m.	P.					l.	
F. a. F. réc.	Bon	m.		N.					
1 F. Réc. 1 F. A.	Bon	m.	P.		l. génér.				
F. a. F. réc.	Bon	m.				m. inf. vulve			
Fax.	Mort	f.		N.		m. inf.			
Fap.	Bon	f.		N.					
1892									
F. a. F. réc.	Bon	m.		N.		m. inf.			
F. a. 1 F. réc.	m. macéré	m.		N.		m. inf.			
1 F. réc.	Bon	m.		N.					
F. a. F. réc.	m. macéré	f.		N.	l.	m. inf. l.			
1889									
F. a.	m. macéré	m.	P.						

Forceps hémorrh. pendant la délivr. Traces d'alb. à la sortie 4 déc.

Bal. Champ., hém. avant acc. F. morte le 2 juillet. 11 juil. s. 38°, 6. Alb. disp. le 18 juillet.

Alb. disp. le 3 août.

0 gr. 75 d'alb. à la sortie, 24 sept.

Alb. disp. 16 oct. 15 oct. s. 38°, 6. 16 oct. s. 39°.

0 gr. 75 d'alb. à la sort. 26 nov. Enf. m. le lend.

Forceps. Alb. disp. 21 déc.

Alb. disp. à la sortie 15 avril.

Alb. disp. le 23 nov. à la sortie.

Alb. passagère.

Traces d'alb. à la sortie 9 janv. 3 janv. s. 38°, 2. — lymph.

TABLEAU B

Primipares (Albuminurie)

N° de l'accouchement	Age	Dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée dans le service	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du testus	P. du placenta	M. des membranes	État de l'enfant à sa sortie
							Durée	Mode				
85	23	15-19 m.	25 fév.	25 fév.	O.I.D.T.	4 h.	30	nat.	3500	475	32/4	B.
124	24	20 mai	11 mars	10 mars	O.I.G.A.	29 h.	45	nat.	3010	510	25/30	B.
126	24	20 juin	11 mars	11 mars	O.I.G.A.	17 h.	35	nat.	2610	440	39/5	B.
329	17	5 sept.	1 mai	1 mai	O.I.D.T.	13 h. 15	?	?	2815	460	34/12	B.
32	20	6 août	2 mai	2 mai	O.I.G.A.	29 h.	1 h. 40	nat.	3100	420	30/5	B.
395	?	29 juil.	19 mai	19 mai	O.I.G.A.	15 h.	30	nat.	3060	460	?	B.
433	?	1 oct.	30 mai	30 mai	O.I.D.P.	11 h. 25	2 h. 35	nat.	3490	530	19/15	B.
442	?	15 août	3 juin	3 juin	O.I.G.A.	20 h.	55	nat.	3870	500	27/6	B.
519	18	22 sept.	27 juin	27 juin	O.I.D.P.	10 h. 30	3 h. 45	nat.	3000	550	34/12	B.
557	32	1 oct.	6 juil.	21 juil.	O.I.G.P.	32 h. 45	30	p.	2900	430	34/13	B.
65	22	18 déc.	27 sept.	27 sept.	O.I.G.T.	9 h.	30	nat.	3800	550	27/10	B.
922	24	8 févr.	17 oct.	16 oct.	O.I.D.P.	7 h. 20	1 h. 20	nat.	2550	520	34/3	B.
959	27	26 déc.	24 oct.	2 oct.	O.I.D.P.	7 h. 20	35	nat.	3370	600	déc. h.	B.
1006	22	10 janv.	3 nov.	3 nov.	O.I.D.P.	40 h.	1 h. 20	nat.	3660	540	32/9	B.
1013	24	10 févr.	4 nov.	4 nov.	O.I.D.A.	22 h.	40	nat.	3320	660	4/6	?
1034	25	15 févr.	10 nov.	10 nov.	O.I.G.A.	8 h. 45	35	nat.	3400	510	36/7	B.
1129	28	1 mars	1 déc.	1 déc.	O.I.G.P.	6 h.	1 h. 45	nat.	2570	400	25/8	?
1186	20	19 mai	16 déc.	15 déc.	S.I.D.T.	7 h. 30	2 h. 10	p.	1530	470	22/14	m. et mac.
1208	24	6 avril	20 déc.	20 déc.	O.I.G.T.	60 h.	45	nat.	3030	500	20/20	B.
1	31	27 mars	1 janv.	30 déc.	O.I.G.A.	35 h.	33	nat.	3480	500	24/7	B.
10	32	24 mars	2 janv.	2 janv.	O.I.G.A.	33 h. 40	1 h. 5	sp.	2730	520	25/8	B.
91	19	6 avril	21 janv.	21 janv.	O.I.G.P.	12 h. 15	50	nat.	2670	345	25/12	B.
94	?	20 avril	22 janv.	21 janv.	O.I.G.T.	5 h. 10	3 h. 50	nat.	3520	480	31/12	B.
98	22	22 avril	2 janv.	22 janv.	O.I.G.T.	23 h.	10	p.	2480	455	28/4	B.
112	29	25 avr.	25 janv.	25 janv.	O.I.G.A.	2 h. 40	50	at.	050	400	32/8	B.
114	22	23 avril	26 janv.	26 janv.	O.I.G.T.	14 h.	50	nat.	2770	390	3/7	B.
122	22	5 mai	28 janv.	7 janv.	O.I.D.P.	11 h. 10	1 h.	nat.	2270	400	5/2	B.
196	19	10 mai	11 fév.	11 fév.	O.I.G.A.	26 h. 45	25	nat.	2150	400	25/10	B.
162	21	26 mai	27 fév.	27 fév.	O.I.G.	?	35	sp.	2890	510	27/10	M.
301	19	10 juin	9 mars	6 mars	O.I.G.A.	22 h.	33	sp.	2550	460	22/13	B.
326	21	13 juin	17 mars	17 mars	O.I.D.T.	19 h.	40	na.	2900	410	26/5	B.
375	20	2 juil.	25 mars	25 mars	O.I.G.A.	5 h. 30	40	nat.	2350	380	27/7	B.
381	?	1 juil.	23 mars	28 mars	O.	?	45	art.	3390	500	30/4	m. macéré
393	23	15 juin	29 mars	29 mars	O.I.G.A.	11 h. 30	50	nat.	2870	480	21/13	B.
493	—	29 juin	20 avril	19 avr.	O.I.G.T.	16 h. 2	50	sp.	2950	450	33/13	B.
637	?	13 oct.	9 mai	19 mai	O.I.G.A.	10 h.	1 h. 5	sp.	2440	420	2/5	B.
673	19	1 août	26 mai	23 mai	S.I.G.	8 h. 45	1 h. 20	nat.	3030	500	31/3	B.
683	21	14 août	28 mai	27 mai	O.I.G.P.	9 h.	35	nat.	3110	580	22/15	B.
737	24	26 sept.	8 juin	8 juin	O.I.G.A.	0 h. 30	15	p.	2280	350	24/5	B.
771	21	25 août	16 juil.	16 juil.	O.I.D.P.	?	?	?	2170	420	26/4	B.
790	21	14 août	19 juil.	18 juil.	O.I.G.P.	5 h. 50	30	nat.	3990	570	27/13	B.
912	21	6 oct.	16 juil.	15 juil.	O.I.G.A.	23 h.	30	at.	2680	410	30/7	B.
1028	?	5 nov.	5 août	4 août	O.I.G.A.	20 h.	50	nat.	3290	530	26/8	B.
1433	21	1 fév.	8 nov.	7 nov.	O.I.D.T.	17 h. 30	2 h.	nat.	2750	500	déc. h.	B.
1496	?	3 fév.	20 nov.	20 nov.	O.I.D.P.	12 h. 30	15	sp.	3050	480	10/7	B.
1606	22	15 mars	16 déc.	1 déc.	O.I.D.T.	26 h. 45	25	sp.	3550	400	déc. h.	B.
1446	28	30 jan.	9 nov.	8 nov.	O.I.D.P.	28 h. 10	35	nat.	3300	540	27/7	B.
1651	25	28 mars	28 déc.	27 déc.	O.I.D.P.	5 h. 45	10	sp.	3460	510	31/12	B.

1890

Sexe	Suite de couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
	Parturientes	Nom	Céphalée	Cédère	Toub. v. uels	Ei raxs	Hemorrhagie
m.		N.		m. inf.			
m.	P.	N.		m. inf.			
f.		N.					
f.		N.					
m.	P.	N.		m. inf.			
m.		N.	I.	m. inf.			
f.		N.		m. inf.			
m.		N.					
f.		N.					
m.	P.	N.	I.	m. inf.			
m.		N.		m. inf.			
m.		N.					
f.	P.	N.		m. inf.			
m.	P.	N.		m. inf.			
m.		N.		m. inf.			
1891							
m.	P.	N.					
f.		N.		m. inf.			
f.		N.		m. inf.			
m.		N.	I.	m. i f.			
m.		N.		m. inf.			
f.	P.	N.		m. i. f.			
f.		N.					
f.	P.	N.					
m.	P.	N.		m. inf.			
f.	P.			m. inf.			
m.	P.	N.		m. inf.			
m.		N.	I.	m. inf.	I.		
f.		N.		m. inf.			
m.		N.	I.	m. inf.			
f.		N.		m. inf.			
f.		N.					
m.	P.	N.		m. inf.			
f.		N.		m. inf.			
m.	P.	N.		m. inf.			
m.		N.		m. inf.			
f.		N.					

Alb. passagère.
 Alb. passagère.
 Alb. passagère. 13, 14, 15 mars. s. 3805.
 Forceps. Alb. passagère.
 Alb. passagère.
 Alb. passagère.
 Alb. pas. — 3 juin s. 3804. — 4 juin s. 3805. — Lymph.
 Alb. passagère.
 0 gr. 10 d'alb. à la sortie 18 juill.
 Alb. passagère.
 Alb. passagère.
 Traces d'alb. à la sortie 27 oct.
 Alb. pas. — 1 nov. m. 3803 s. 3807. — 2 nov. s. 3804. — 4 nov. s. 3903. — 5 nov. m. 3805.
 Traces d'alb. à la sortie 13 nov.
 Alb. passagère.
 A b. disp. le 18 nov. — Forceps dét. inf.
 Alb. disp. le 20 déc. — 10 déc. s. 3802.
 Alb. disp. le 22 déc. — 19 déc. s. 3802.
 Alb. passagère. — Forceps.

Forceps à la vulve. — 3802 le 12 janv. — 380 le 13 janv. — 0 gr. 50 d'alb. à l'entrée. — Traces à la sortie.
 I. Très peu d'alb. à l'entrée seulement. Pertes de sang tous le mois pendant grossesse.
 Traitement. Traces d'alb. à la sortie.
 Traces d'alb. à l'entrée.
 Traces d'alb. à l'entrée.
 Traces d'alb. à l'entrée.
 Alb. disp. le 2 fév.
 Du 8 au 26 mars le np. entre 380 et 4005. Abscès du sein g. puis du sein d. Incisions répétées. Alb. passagère.
 Alb. n'a pas diminué à la sortie 25 mars.
 20 mars s. 3802. — Traces d'alb. à la sortie 23 mars.
 Beaucoup d'alb. à l'entrée. — Alb. disp. 27 mars.
 28 mars 3804 29 mars s. 3806. Irrig. cont. jusqu'au 6 avril. —
 Tête sortie à son entrée.
 Du 12 au 20 avril temp. entre 3802 et 3906. — 11 avril lymph. au sein g. Alb. disp. le 12 avril.
 Alb. passagère.
 Alb. disparue le 30 mai à la sortie.
 Alb. disparue le 4 juin à la sortie.
 Forceps Alb. disp. le 5 juin.
 Alb. disp. le 15 juin.
 0 g. 25 d'a b. à la sortie 2 juillet.
 Alb. disparue le 26 juin.
 Alb. disp. le 15 juil.
 Alb. disp. le 20 août. — 6 août 390.
 Hémor. avant déliv. — Alb. disp. 13 nov.
 Alb. disp. 24 nov.
 Alb. passagère 17 déc. 3802.
 Forceps alb. disp. le 12 nov.
 Alb. passagère.

TABLEAU B

Primipares (Albuminurie)

N° de l'accouchement	Âge	Dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée dans le service	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus	P. du Placenta	Mensur. des membranes	État de l'enfant à sa sortie
							Durée	Mode				
161	?	8 mai	5 fév.	5 fév.	O.I.G.A.	13 h.	0 h. 2	sp.	306	5 0	25/0	mort
162	?	24 mai	5 fév.	5 fév.	O.I.G.A.	8 h.	30	sp.	2 60	370	25/12	B.
181	?	15 juin	11 fév.	11 fév.	O.I.D.A.	?	30	nat.	2950	49	21/7	B.
212	?	Mai	17 fév.	17 fév.	O.I.G.A.	17 h.	33	nat.	280	4 5	24/4	B.
306	35	14 juil.	8 mars	7 mars	S.I.D.T.	13 h.	50	nat.	2040 840	790	?	B. B.
346	22	30 juin	15 mars	15 mars	O.I.G.P.	6 h.	1 h.	nat.	3 70	400	28/8	B.
347	40	7 juin	13 mars	15 mars	O.I.G.T. S.I.D.T.	90 h. 50	25	art.	2870 2430	860	déch.	B. mort
356	24	20 juin	17 mars	17 mars	O.I.G.P.	11 h. 40	35	sp.	2600	530	25/3	B.
379	19	7 juil.	22 mars	22 mars	O.I.D.P.	16 h. 50	30	nat.	3320	490	27/10	B.
404	27	8 juil.	27 mars	27 mars	O.I.G.A.	18 h. 20	25	nat.	3750	600	34/10	B.
524	29	?	16 avril	15 avril	O.I.G.T.	15 h.	35	nat.	2550	380	24/7	B.
529	18	5 août	17 avril	17 avril	O.I.G.A.	7 h. 45	4	nat.	272	600	22/6	B.
581	28	26 août	27 avril	27 avril	O.I.D.T.	34 h. 15	45	nat.	3040	530	30/9	mort-né
648	28	20 août	10 mai	9 mai	O.I.G.T.	9 h. 15	20	nat.	2450	105	32/8	B.
778	27	5 sept.	3 juin	3 juin	O.I.G.A.	7 h. 15	45	nat.	220	40	26/8	B.
89	26	?	9 juin	9 juin	O.I.D.T.	7 h. 5	15	sp.	1 50	336	25/13	B.
835	50	5 août	9 juin	9 juin	O.I.G.T.	21 h. 50	3	nat.	3160	650	29/7	B.
837	16	?	11 juin	11 juin	O.I.D.A.	12 h.	30	nat.	3430	90	35/10	B.
899	25	12 sept.	20 juin	20 juin	O.I.G.A.	18 h.	20	sp.	3060	510	?	B.
901	24	15 sept.	22 juin	1 juin	O.I.D.T.	17 h.	30	nat.	2950	520	23/9	B.
915	23	20 sept.	23 juin	24 juin	O.I.G.A.	8 h. 45	30	sp.	3500	570	35/9	B.
930	26	15 sept.	23 juin	28 juin	O.I.G.P.	1 h.	15	sp.	3070	480	21/7	mort
941	28	30 sept.	30 juin	29 juin	O.I.D.P.	24 h.	55	sp.	1 650	5 0	24/12	B.
984	22	7 octob.	5 juillet	5 juill.	O.I.D.P.	9 h. 15	25	nat.	280	6 0	?	mort
102	26	15 nov.	8 juillet	7 juill.	O.I.D.P.	18 h. 30	1 h. 5	sp.	2330	40	28/10	B.
1090	24	1 nov.	26 juil.	25 juill.	O.I.G.T.	13 h.	15	nat.	000	520	38/0	B.
1159	19	15 déc.	12 août	12 août	O.I.D.T.	7 h. 30	46	sp.	1 075	370	38/1	mort
1165	21	16 nov.	13 août	13 août	O.I.G.A.	3 h. 50	1 h. 10	nat.	3750	540	23/1	B.
1205	31	27 nov.	20 août	20 août	O.I.D.P.	4 h. 10	15	sp.	3650	600	27/5	B.
1206	22	10 nov.	21 août	20 août	O.I.C.A.	31 h.	25	nat.	2790	490	24/7	B.
1260	24	25 nov.	31 août	31 août	O.I.D.P. O.I.G.T.	8 h. 10	1 h.	nat.	2250 3000	970	?	B. B.
1405	19	25 déc.	8 sept.	8 sept.	O.I.G.T.	19 h. 45	50	nat.	2700	480	27/5	mort
1433	27	8 janv.	6 oct.	5 oct.	O.I.D.P.	16 h. 15	40	nat.	3170	540	30/2	B.
1435	24	15 déc.	6 oct.	6 oct.	O.I.G.A.	13 h. 40	2 h. 5	nat.	3120	560	27/7	B.
1500	20	12 févr.	19 oct.	18 oct.	O.I.D.P.	17 h.	1 h. 15	art.	3590	50	déch.	B.
1592	19	19 mars	12 nov.	12 nov.	S.I.G.T. Epaule.	15 h.	45	nat.	2020 2 10	80	35/12	B. B.
1667	16	2 fév.	21 nov.	21 nov.	O.I.G.T.	21 h.	40	nat.	3120	470	26/5	B.
1690	20	14 mars	4 déc.	3 déc.	O.I.G.A.	16 h. 20	15	nat.	3020	52	30/14	B.
174	21	15 mars	14 déc.	13 déc.	O.I.G.A.	14 h. 30	30	nat.	2580	40	32/9	B.
1745	21	10 mars	14 déc.	14 déc.	O.I.G.A.	6 h.	3	sp.	2770	450	33/11	B.
1846	19	20 mars	29 déc.	29 déc.	O.I.G.A.	14 h.	30	nat.	3100	530	26/4	B.

mixte) (Placenta sans lésions)

1892

Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse				
	Patologues	Normales	Ce balé	Cédème	Troub. visuels	Elis	Hémorragies
m.		N.					
f.	P.	N.		m. inf.			Alb. pas. — Imper. du rectum opéra. enf. mort le 10 févr.
f.		N.					Alb. passagère. — 8 févr. s. 3802.
f.		N.		m. inf.			Alb. passagère.
f.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 20 fév.
m.		N.					9 gr. d'alb. à l'entrée. Alb. disparue à la sortie 3 avril.
f.		N.					Alb. passagère.
f.		N.		gén.			Forceps. — 2 ^e enf. m. le 3 ^e jour. — 0 gr. 80 d'alb. à la sortie
f.		N.					27 mars.
f.		N.		m. inf.			Hém. av. dél. — 0 gr. 25 d'alb. à la sortie 1 ^{er} avril.
f.		N.		m. inf.			Alb. passagère.
m.		N.					Alb. passagère.
m.	P.			m. inf.			Du 17 avr. au 1 mai t. entre 38 ^o et 39 ^o 8. — 10 et 11 mai s. 39 ^o 9. —
f.		N.		m. inf.			Pneumonie.
m.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 20 avril.
f.	P.			m. inf.			Forceps. — Basiotripsie — Alb. disp. le 29 avril.
f.		N.					Alb. pas. — 16 mars 38 ^o 3. Lymph. au sein g.
f.		N.					Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère.
m.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 17 juin.
f.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 2 juill. à la sortie.
f.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 26 juin.
m.		N.		m. inf.			Alb. passagère.
i.		N.		m. inf.			Alb. passagère.
f.		N.		m. inf.			Alb. passagère. Enf. m. le 2 juill. de 2 convuls.
f.		N.		m. inf.			Alb. disp. le 7 juill. — Forceps.
m.		N.		m. inf.			Alb. passag. — Enf. m. le 6 juill.
m.	P.			m. inf.			Alb. passagère.
i.		N.		m. inf.			Forceps. Alb. pass. — 26 juill. s. 38 ^o 2.
f.	P.						Alb. pass — Enf. mort le 17 août.
f.		N.					Alb. passagère. — 21 et 22 août s. 39 ^o .
i.		N.		m. inf.			Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère. — Enf. m. le 11 sept. — Forceps.
m.		N.					Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère.
m.		N.					Alb. disp. à la sort. 9 nov. — Forceps. — Hémorr. avant déliv.
f.		N.		gén.			Alb. disparue le 7 nov.
f.		N.		m. inf.			Alb. disparue le 6 déc.
m.		N.					Alb. passagère.
f.		N.					Alb. passagère.
m.	P.						Alb. disp. le 18 déc. — 20 déc. s. 38 ^o 2. — 22 déc. s. 38 ^o 2.
m.	P.						Alb. passagère.
f.		N.					

N° de l'accouch.	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouch	Entrée dans le service	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus
								Durée	Mode	
87	20	II. 1 ^o Norm., à t. enf. viv. m. à 2 m. de conv. m. père.	4 août	26 fév.	26 févr.	Face ?	11 h.	1 h.	nat.	1410
498	41	VII. 6 acc. ant. à t. 5 enf. viv. 1 mort de croup.	5 sept.	21 juin	21 juin	O.I.D.P.	12 h.30	40	nat.	2570
508	36	VI. 1 ^o av. 3 m. 2 ^o av. 6 m. 3 ^o Acc. à 8 m. enf. véc. 2 a. 4 ^o Acc. à t. enf. viv. m. à 6 ans d'ang 5 ^o Avort. à 2 m 1/2 6 ^o Acc. à terme enf. viv. m. à 4 ans.	8 févr.	25 juin	24 juin	O.I.G.A.	29 h.	50	sp.	1100
950	?	VII. 3 pr. à t. 4 ^e pr. 8 m. 3 enf m de la mén. 1 m du cr., 2 viv. bien portants.	8 janv.	20 octo.	20 octo.	O.I.G.A.	29 h.	10	sp.	3010
1066	31	II. 1 ^o Forceps, éclamptique 1885. Enf. vit encore.	1 févr.	16 nov.	16 nov.	O.I.D.P.	17 h.	20	sp.	500
161	27	VI. 1 ^o Av. 3 m. 2 ^o 1884 à ter. enf. viv 3 ^o 1886, enf. v m. de méning. 4 ^o 1883. enfant vit enc. 5 ^o 1889 Gém. enf vivant encore.	?	4 fév.	4 fév.	O.I.G.P.	4 h.45	45	nat.	3020
349	23	II. 1 ^o 1880, à t. enf. viv.	20 juin	20 mars	20 mars	O.I.G.A.	12 h.	15	sp.	2810
510	—	II. 1 ^o 188, enf. vit encors.	15 juil.	23 avril	23 avril	O.I.D.P.	4 h.30	35	nat.	3550
591	—	XVI. 1 ^o à t. enf. vit 2 ^o à t. enf. m. à 13 m. 3 ^o à t. enf. mort à 21 j. 4 ^o prém. 7 m. enf m. 5 ^o Gém. 1 ^o mort. 2 ^o mort 8 h. apr. 6 ^o à t. forceps enf. meurt pend extr. 7 ^o à t. enf m. à 7 mois. 8 ^o vort. 4 m. 1/2 9 ^o à t. enf. m. à 6 mois 10 ^o à t. enf. m. à 6 m. 11 ^o Gém. enf m. 1 ^o à t enf. vit. 13 ^o à t. enf. m à 21 j. 14 ^o à t. enf. m. à 1 an. 15 ^o à t. enf. vit.	23 juil.	10 mai	10 mai	O.I.D.T.	7 h.35	5	sp.	3110
615	3	II. 1 ^o 1883, enf. vit.	19 août	15 mai	14 mai	O.I.D.P.	6 h.	55	nat.	2750
914	29	II. 1 ^o 1887, à t. enf. vit.	9 octob.	15 juil.	15 juil.	O.I.D.P.	5 h.45	55	nat.	3149
1113	23	II. 1 ^o 1890, à t. enf. vit.	20 nov.	23 août	22 août	O.I.G.T.	15 h.55	30	nat.	2230
114	?	III. 1 ^o Norm. 2 ^o 1890, av. 3 mois.	?	23 août	23 août	O.I.D.T.	11 h.50	50	nat.	2520
180	?	II. 1 ^o 1891, prém. 8 m.	28 avril	12 fév.	12 fév.	O.I.G.P.	4 h.30	55	nat.	2910
197	5	II. 1 ^o 1890 à t. enf. mort.	31 avril	14 fév.	13 fév.	O.I.G.A.	8 h.30	2	nat.	480
210	?	II. 1 ^o 1891, av. 4 mois.	25 juil.	16 fév.	16 fév.	?	24 h.	0	sp.	600

P. du placenta	des memb.	Etat de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suite de couches		Autres manifestations pendant la grossesse			
				atholog.	No m. les	U phalé	Elème	Tr is.	Hémor
400	?	Mort	f.		N.				I.
598	22/7	Bon	m.	P.			m. inf.		
450	24/11	Mort	m.		N.		m. inf.		
380	26/17	Bon	f.		N.	I.	m. inf.		I.
730	déch.	Bon	f.	P.			m. inf. s. pub.		
1891									
500	30/12	Bon	m.	P.		I.	m. inf.		
400	30/12	Bon	m.		N.				
600	31/12	Bon	f.		N.		m. inf.		
540	inco.	Bon	f.		N.		m. inf.		
330	16/24	Bon	m.		N.	I.	gén.	I.	
510	29/5	Bon	m.		N.				
490	30/18	Bon	m.		N.		m. inf.		
545	34/10	Bon	m.		N.		gén		
1892									
650	24/12	Bon	m.	P.			m. inf.		
470	27/11	Bon	m.		N.				
	?	m. macéré			N.				

Alb. passagère.

Alb. pas. 3 juil. m. 39°, s. 39°, 4. — Lymph. sein d.

Alb disp. le 30 juin. Enf. m. q.q. h. apr. naiss.

Alb. passagère.

Alb. disp. le 22 nov.

39°, 4 le 4 févr. s. Alb. disp. le 10 fév.

Alb. pass., hémorr. av. et apr. délivr.

Alb. disp. le 2 mai.

0 gr. 50 d'elb. à son départ, 25 mai.

Alb. passagère.

Alb. disp. le 20 juillet.

Alb. disp. le 26 août.

Alb. disp. le 15 sep.

Alb. pass. 20 fév. s. 39°. Crevasses aux deux seins.

Alb. passagère.

Alb. disp. le 21 fév. — Avort. 6 m. enf. macéré.

N° de l'accouch.	Age	PARITÉ	Dernières règles	Date de l'accouch.	Entrée dans le service	Présentation et position	Durée totale du travail	Délivrance		P. du fœtus
								Durée	Mode	
247	32	VII. 1 ^o 1879, pr. 8 m. enf. mort mac. 2 ^o à t. enf. 3 ^o 1882, av. 5 m. enf. m. mac. 4 ^o 1883, avort. 7 m. id. 5 ^o 1884, prém. 7 m. id. 6 ^o 1889, prém. 7 m. id.	20 sept.	21 févr.	23 févr.	O.I.	5 h. 30	0 h. 15	nat.	520
353	34	II. 1 ^o 1888 à t. enf. vit.	17 mars	8 juin	16 mars	O.I.D.P.	6 h.	35	sp.	360
580	29	II. 1 ^o 1887, avort. 6 mois.	25 nov.	27 avril	27 avril	S.I.G.T.	39 h.	5	sp.	340
606	23	II. 1 ^o 1889, à t. enf. vit.	31 juil.	2 mai	2 mai	O.I.D.P.	8 h. 25	30	nat.	2850
644	25	II. 1 ^o 1885, à t. enf. vit.	11 août	9 mai	9 mai	O.I.D.P.	24 h. 50	40	nat.	3470
680	25	VII. 1 ^o 1884, pr. 5 m. enf. v. m. 2 n. ap. 2 ^o 1884, or. 7 m. enf. v. m. 6 h. ap. 3 ^o 1886, à t. enf. v. 4 ^o 1888 id. 5 ^o 1888 avort. 3 m. 6 ^o 1889, à t. enf. v. m. à 17 m. d'ent.	21 sept.	16 mai	14 mai	O.I.D.T.	7 h. 20	40	sp.	1770
718	33	IV. 1 ^o à terme enf. viv. m. à 15 j. Forceps. 2 ^o à t. enf. vit. 3 ^o id.	16 août	24 mai	24 mai	O.I.D.T.	11 h.	15	sp.	4110
729	21	II. 1 ^o Enf. vit.	7 août	26 mai	26 mai	O.I.G.T.	16 h. 25	1 h. 20	sp.	4150
745	25	III. 1 ^o 1886, à t. enf. vit. 2 ^o 1889, id.	24 août	28 mai	27 mai	O.I.D.P.	7 h.	28	nat.	3200
766	27	II. 1 ^o 1889, à t. enf. vit. siège.	10 août	31 mai	31 mai	O.I.D.P.	11 h. 45	50	nat.	3620
773	37	II. 1 ^o 1884, à t. enf. vit.	11 août	2 juin	2 juin	O.I.D.T.	5 h.	35	nat.	3100
801	21	II. 1 ^o à terme enf. vit. Forc.	8 août	7 juin	6 juin	O.I.G.A.	5 h. 4	15	sp.	3130
813	34	II. 1 ^o 1882, à terme, enf. m.	21 sept.	8 juin	7 juin	O.I.G.A.	31 h. 45	35	nat.	3500
817	20	II. 1 ^o 1889, à t. enf. v. m. à 3 j.	30 août	9 juin	8 juin	O.I.G.T.	1 h. 15	15	sp.	2850
826	5	II. 1 ^o 1891, à t. enf. v., m. père.	20 sept.	10 juin	9 juin	O.I.G.A.	4 h. 10	20	nat.	2800
87	26	II. 1 ^o 1890, à t. enf. vit.	6 août	17 juin	17 juin	O.I.D.A.	8 h.	35	sp.	2840
1082	17	II. 1 ^o Avort. 5 m. 1/2.	20 octo.	23 juil.	22 juil.	O.I.G.A.	12 h. 15	25	nat.	3320
1088	27	II. 1 ^o Gém. prém. 6 m. 1/2.	12 déc.	23 juil.	23 juil.	O.I.G.T.	11 h. 50	1 h. 25	nat.	2330
1135	40	IX. 8 acc. ant. norm. ux.	4 nov.	6 août	6 août	O.I.G.A.	11 h. 20	30	nat.	3900
1231	24	II. 1 ^o 1889, à t. enf. vit.	15 nov.	4 août	23 août	O.I.D.P.	8 h. 15	5	sp.	3310
1238	29	III. 1 ^o 1885, à t. enf. viv. m. à 4 m. de croup. 2 ^o 1889, id.	29 nov.	30 août	30 août	O.I.G.A.	6 h. 30	30	nat.	3170
1437	25	II. 1 ^o 1890, Forceps.	13 janv.	7 octob.	6 octob.	O.I.D.P.	3 h. 35	40	nat.	3050
1450	20	II. 1 ^o 1890, à t. enf. vit.	27 déc.	9 octob.	9 octob.	O.I.G.A.	8 h. 50	30	nat.	3300
1478	6	II. 1 ^o Avort. 6 m.	5 janv.	15 oct.	15 oct.	O.I.G.A.	17 h. 55	40	nat.	3630
1481	21	II. 1 ^o 1891, à t. e-f. vit.	15 févr.	16 oct.	16 oct.	O.I.G.A.	7 h. 20	5	nat.	3200
1649	27	II. 1 ^o 1890, à t. enf. vit.	21 févr.	25 nov.	25 nov.	O.I.G.A.	7 h. 40	1 h. 10	nat.	3120
1688	24	IV. 1 ^o 1889, enf. v. v. m. de ch. 2 ^o enf. v. m. de pneum. 3 ^o enf. viv. m. de mén.	25 lévr.	4 déc.	3 déc.	O.I.G.A.	16 h. 15	35	nat.	3150
1722	29	IV 1 ^o Avort. 3 m. 2 ^o et 3 ^o à t. enf. viv.	27 févr.	9 déc.	9 déc.	O.I.D.P.	4 h. 45	5	sp.	3538

P. du placenta	Mens. des membr.	Etat de l'enfant à sa sortie	Sexe	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse			
				Patholog.	Normales	Céphal.	Œdème	Fr. v. s.	Epistaxis
250	17/4	mort-né			N.				1.
									Alb. disp. 1 mars, hémorrh. av. et apr. acc. hém. rétro-placentaire.
370	37/7	Bon	m.		N.		m. inf.		I.
200	25/6	mort	m.		N.				Alb. passagère.
660	38/4	Bon	f.		N.	I.	m. inf.	I.	I.
595	39/10	Bon	f.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
380	25/12	mort	m.		N.	1.			Alb. passagère. Enf. mort le lendemain.
780	33	Bon	f.	P.			m. inf.		Alb. passagère — 30 et 31 mai 38°3 et 38°8. — lymph. sein gauche.
750	38/5	mort	f.		N.				Alb. passag. Enf. m. do conv. le lendemain.
380	20/10	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
520	32/12	Bon	m.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
480	41/5	Bon	m.		N.		m. int.		Alb. passagère.
500	31/13	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
520	20/11	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
600	0/6	Bon	f.		N.		gén.		Alb. disp. le 19 juin.
520	32/4	Bon	m.		N.		m. inf.		Alb. disp. le 17 juin.
360	16/9	Bon	f.		N.				Alb. disp. le 25 juin.
560	32/10	mort	m.	P.				I.	Alb. pass. — Enf. m., 25 juil. — 24 juil. s. 38°2. — 25 juillet s. 38°5.
460	35/5	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
610	27/11	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
680	31/11	Bon	m.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
500	32/1	Bon	m.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
550	28/1	Bon	m.		N.		m. inf.		Alb. passagère. — Ballon Champetier.
650	39/20	Bon	f.	P.					Alb. passagère. — 12 oct. s. 38°1.
510	?	Bon	f.		N.				Alb. passagère.
680	42/1	Bon	f.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
80	25/8	Bon	f.		N.		m. inf.		Alb. passagère.
600	36/1	Bon	m.	P.			m. inf.		Alb. passagère. 12 déc. 39°4. Lymph.
650	32/8	Bon	m.		N.			I.	I.
									Alb. disp. le 20 déc.

N° de l'accouchement	Age.	Dernières règles.	Date de l'accouchement.	Entrée dans le service.	Présentation et position	Durée totale du travail.	DÉLIVRANCE		P. du fœtus.	P. du placenta.	Mesuration des membranes.	Foyers hémorragiques
							Durée.	Mode.				
20	?	28 mars	17 janv.	15 janv.	O.I.D.T.	13 h	30	nat.	2260	40	25/9	O.
25	22	18 avril	20 janv.	0 janv.	O.I.D.A.	19 h.	15	nat.	250	190	35/7	O.
43	32	4 m i	29 janv.	29 janv.	O.I.G.P.	17 h 30	35	nat.	2830	430	31/13	O.
56	?	18 avril	9 fév.	9 fév.	O.I.D.P.	20 h.	0	n t.	3630	650	30/5	O.
34	21	15 juillet	2 mai	30 avril	O.I.D.T.	79 h.	1 h. 23	nat.	4070	500	déch.	O.
943	18	8 janv.	20 oct.	20 oct.	O.I.D.P.	12 h.	48	nat.	3130	660	32/9	O.
28	33	?	7 janv.	2 janv.	O.I.D.P.	46 h.	45	art.	2680	450	46 h.	O.
35	25	8 avril	8 janv.	7 janv.	O.I.D.P.	25 h.	2 h. 30	nat.	3280	470	35/5	O.
39	23	28 mars	8 janv.	3 janv.	O.I.G.A.	28 h	5	nat.	2760	420	22/13	O.
141	25	30 avril	1 fév.	16 déc.	O.I.D.T.	10 h. 15	35	nat.	2810	420	28/13	O.
642	?	25 juil.	20 mai	20 mai	O.I.D.T.	20 h.	40	sp.	3200	830	déch.	O.
854	?	6 sep.	1 juille	28 juin	O.I.G.T.	79 h 30	45	nat.	3040	740	29/12	O.
1505	?	20 févr.	21 nov.	18 sept.	O.I.D.T.	11 h 10	20	sp.	2910	480	35/16	O.
1518	21	24 avril	1 déc.	1 déc.	O.I.D.T.	9 h. 15	30	nat.	2650	530	34/15	O.
1505	?	5 févr.	5 déc.	4 déc.	O.I.G.T.	25 h.	45	nat.	3100	500	31/2	O.
122	?	2 avril.	29 janv.	20 jan.	O.I.D.T.	10 h. 5	1 h.	nat.	3080	420	33/13	O.
592	25	7 juillet	30 avril	29 avril	O.I.G.A.	22 h.	30	sp.	3900	490	38/6	O.
1634	22	25 janv.	21 nov.	20 nov.	O.I.G.A.	25 h.	45	nat.	3350	500	25/10	O.

Multipares (Albuminurie)

N° de l'accouchement.	Age.	PARITÉ.	Dernières règles.	Date de l'accouchement.	Entrée dans le service	Présentation et position.	Durée totale du travail.	DÉLIVRANCE		P. du fœtus.	P. du placenta.	Mesuration des membranes.
								Durée.	Mode.			
97	25	III. 1 ^o Prém. 7 m. enf. viv. 2 ^o à ter. file viv. Tous deux allaités par la mère.	10 mai	1 mars	28 fév.	O.I.G.T.	6 h. 15	35	nat.	3350	540	35/7
174	?	II. 1 ^o 1885 à terme enf. viv.	?	22 mars	22 mars	O.I.G.A.	10 h. 10	20	sp.	3120	440	32/14
942	3	VII. 1 ^o Enf. m. à 21 j. aff. pulm. 2 ^o 1882 enf. viv. 3 ^o m. à 4 m. de r. froid. 4 ^o m. à 3 a. de croup. Même pèr pour 1 s 4 enf. 5 ^o 1887 m. à 6 m. de bronc. 6 ^o 1889, m. au bout de 5 h. m. p. que pour enf. actuel.	25 janv.	20 oct.	20 oct.	O.I.D.A.	6 h. 10	40	nat.	2280	550	27/10
52	?	III. 1 ^o 1886, avort. 4 m. 2 fœtus 2 ^o 1887, avort. 2 m.	5 avril	12 janv.	10 janv.	O.I.G.A.	8 h.	2 h.	art.	3750	510	déch.
123	28	III. 1 ^o 1881, à t. enf. v. m. à 2 m. 2 ^o 1886 à t. enf. v. mêm. p.	20 mars	28 janv.	28 janv.	O.I.G.P.	9 h. 20	45	nat.	3570	490	déch.
1612		II. 1 ^o 1888, à term. enf. viv.	3 mars	17 déc.	16 déc.	O.I.D.P.	4 h. 5	40	nat.	4130	500	31/11
1311	25	II. 1 ^o 1886, à terme enf. viv.	4 nov.	10 sept.	27 juil.	O.I.G.A.	25 h. 30	20	nat.	3900	710	37/6

État de l'enfant à la sortie.	Sexe.	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse.					
		Pathologie.	Normales.	Céph. lée.	Œdème.	Toub visuels.	Epsixs.	Hémorrhagie.	
B. B. B. B. m. le lend. B.	m. m. m. f. m	P. P. f. m	N N N N	I.					22 janvier s. 38°1. Fore ps au dét. inf. 5 fév. m. 38°3. 11 fév. s. 38°1. Amygd. Forceps.
1891									
B. B. B. B. mort-né B. B. B. B.	m. m. m. f. m. m. m. m. m.	P. P. P. f. m. m. P. P.	N. N. N N N		géné. m inf. m. inf. m. inf. s. pub.				I. Forceps. 38°4 le 18 janv. Forceps. 38°2 le 8 janv., matin. E. f. insufls. — 14 fév. s. 38°6, 15 fév. s. 39°. Lymph. au sein droit. Enfant mort pendant le travail. Forceps. Le 1 ^{er} déc., 38°5. 4 déc. m. 38,1. Le 10 déc., s. 38°1.
1892									
B. B. B.	m f. m.	P. P. P.	N.		m inf m. inf.				5 mai s. 38°2. 6 mai s. 38°1 Forceps. Pneum. Du 24 nov. au 2 déc. temp. entre 38°2 et 40°1.

transitoire du travail).

1890

Foyers hémorrhagiques.	État de l'enfant à la sortie	Sexe.	Suites de couches		Autres manifestations pendant la grossesse.					
			Pathologie.	Normales.	Céph. lée.	Œdème.	Toub. isufls.	E. is axis.	Hémorrhagie.	
O.	B.	f.		N.				I.	I	Alb. passagère.
O.	B.	f		N.						Alb. passagère.
O.	B.	m		N						Alb. passagère.
1891										
O.	B.	f	P.			géné.				Forceps. — Inertie utér., hémorrh. — 12 janv. 38°2. 16 j. m. 38°6 1 ^{er} j. 38°1. 21 j. 40°9 m. 22 j. 40°6 m. Lymph. aux 2 seins. — 5 f. 40°1 s. déb. de phleg. Hémorrhagie av. délivrance, 450 gr. de caillots.
O.	B.	m.		N.						
O.	B.	m.		N.		m. inf.				
1892										
O.	B.	f.		N		géné.				

CHAPITRE III

ACCÈS ECLAMPTIQUES.

« De toutes les manifestations urémiques », dit M. Varnier dans sa *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'Enfance*, « qui peuvent accompagner l'albuminurie gravidique, la plus fréquente, est l'éclampsie, affection caractérisée par des accès plus ou moins répétés de convulsions toniques et cloniques généralisées, accompagnés de perte complète de connaissance et suivis de coma. »

A l'exemple de Mme Lachapelle, voici comment Cazeaux, dans son *Traité de l'art des accouchements*, divise les phénomènes qu'on peut observer chez une éclamptique; ils sont de trois ordres: les symptômes précurseurs, les symptômes des accès et ceux qui apparaissent quelquefois dans leurs intervalles.

Il est rare, en effet, que l'éclampsie débute à l'improviste, presque toujours elle est précédée de certains phénomènes qui annoncent son invasion, et, d'après Chaussier, si on ne les a pas observés, c'est qu'ils ont été méconnus et de très courte durée. Ils sont très variables :

Tantôt ils apparaissent sous la forme d'une céphalalgie intense localisée, accompagnée de vertiges, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, tantôt sous la forme d'une

agitation extrême et d'une sensibilité exagérée; quelquefois, au contraire, après s'être plainte d'une douleur fixe à l'épigastre, la malade est calme, étrangère à tout ce qui l'entoure: sa vue se trouble, finit par s'obscurcir; elle éprouve de la difficulté à répondre aux questions qu'on lui adresse; en même temps elle a de l'œdème aux membres inférieurs, sa face est bouffie, pâle, froide; son pouls parfois fort et lent est quelquefois petit et rapide. Ces différents signes sont rarement isolés.

C'est à ce moment, si on ne l'a déjà fait, qu'il faut sans plus tarder procéder à l'examen des urines; la plupart du temps on y constatera la présence d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine. On pourra alors par l'institution immédiate du traitement pallier, sinon prévenir, une partie des accidents auxquels cette auto-intoxication va donner lieu.

Après une durée fort variable, en effet, de ces premiers signes, éclate l'accès éclamptique avec le cortège effrayant de ses différents symptômes. Ici nous croyons devoir laisser la parole à M. Varnier qui en a fait une description remarquable (*Revue d'obs. et d'hyg. de l'enfance*, 1888).

« L'accès proprement dit peut être divisé en trois périodes.

« La première est caractérisée par des convulsions dites d'invasion.

« Pendant une minute environ on voit les muscles de
« la face trembler sous la peau, les yeux rouler dans l'orbite, les paupières cligner rapidement, les ailes du
« nez agitées de mouvements rapides, la bouche s'ouvrir

« largement et se dévier par suite de l'abaissement d'une
« commissure labiale.

« Puis la tête s'incline vers une épaule, en même
« temps que des secousses convulsives apparaissent aux
« membres surtout aux supérieurs qui sont en pronation
« forcée, le poing fermé, le pouce fléchi.

« Tout à coup commence la seconde période ou des con-
« vulsions toniques, qui elle, ne va durer que quelques
« secondes et ne saurait durer davantage sans entraîner
« la mort. Le regard devient fixe ; la face comme sur-
« prise et immobilisée au milieu de son expression gri-
« maçante, est à peine animée de quelques contractions
« fibrillaires ; la langue projetée hors de la bouche est
« violemment serrée entre les arcades dentaires que rap-
« proche la contracture des masséters.

« Les membres se raidissent, le tronc de même, si
« bien que la femme finit par ne plus toucher le lit que
« de l'occiput et des talons.

« La contracture des muscles thoraciques suspend la
« respiration : la malade bleuit.

« Il y a en un mot un moment d'immobilité générale
« terrifiante pendant lequel la mort est imminente.

« Mais cela dure moins de temps qu'il n'en faut pour
« l'écrire et l'accès entre dans la troisième période ou
« des convulsions cloniques, celle qu'on est le plus souvent
« appelé à voir, les deux autres étant souvent passées
« déjà lorsqu'on arrive près de la patiente.

« Ces convulsions cloniques se manifestent simultanément
« dans les différentes parties du corps où elles s'o-
« pèrent par « secousses répétées, brusques et simulta-

« nées, de sorte que la malade, couchée sur le dos,
« semble vouloir secouer les bras et les jambes en les
« étendant; les raidissant vivement et par intervalles
« très rapprochés. Les poings sont ordinairement fer-
« més, tournés en pronation forcée, et les bras étendus
« sur les parties latérales ou sur le devant du corps...
« (Mme Lachapelle).

« Pendant ce temps la tête se balance d'un côté à l'au-
« tre, la face s'agite et grimace en tous sens; les yeux
« roulent dans leurs orbites dans des directions souvent
« opposées; la langue sort de la bouche en exécutant des
« mouvements irréguliers, et si l'on n'a la précaution
« d'écarter les mâchoires qui se rapprochent de temps à
« autre assez fortement pour fausser une cuiller d'argent,
« cet organe est inévitablement mutilé, coupé ou déchiré
« par les dents.

« La malade ne perçoit aucun son, aucune lumière;
« les pupilles sont fortement dilatées et ne se contractent
« point ou fort peu à l'approche d'un corps lumineux. Les
« autres sens ne sont pas moins obtus, et l'on peut brû-
« ler, déchirer la peau sans que l'individu en ait la cons-
« cience, sans qu'il se souvienne en aucune manière de
« ce qui s'est passé pendant l'accès, lorsque celui-ci
« est terminé.

« Le trouble et l'excitation du système qui préside aux
« mouvements involontaires n'est pas moins évident
« durant ces mêmes accès: la respiration est irrégulière,
« bruyante, et s'exécute par secousses continuelles et sans
« ordre; les matières fécales, les urines, les matières
« contenues dans l'estomac sont souvent rejetées, les

« glandes salivaires secrètent une quantité plus considérable d'un liquide visqueux ou écumeux, qui ne contribue pas peu à donner à la respiration ce caractère stercoreux qu'il est assez difficile d'exprimer en paroles » (Mme Lachapelle).

« Ces convulsions cloniques produisent des mouvements peu étendus, si bien qu'en général il n'y a pas de tendance à la chute ; elles se répètent 2, 3, 4 fois et plus par seconde et durent ordinairement de 1 à 5 minutes ; mais cette troisième période peut se prolonger parfois jusqu'à 20 minutes. »

Cet accès peut être unique mais presque toujours il est suivi de nouvelles attaques plus ou moins longues et plus ou moins fréquentes ; et plus les accès sont répétés et rapprochés, plus ils sont prolongés et graves ; plus aussi le coma dure à leur suite, plus il est opiniâtre et plus on doit craindre une terminaison funeste » (Mme Lachapelle).

Les accès espacés et courts sont au contraire d'un pronostic favorable ; bientôt, en effet, le coma disparaît ; la connaissance et la mémoire reviennent ainsi que les autres facultés telles que la parole, l'ouïe, la vision ; cette dernière se fait quelquefois longtemps attendre.

Lorsque la mort arrive, elle survient soit pendant un accès, soit pendant un coma prolongé, elle est le fait alors soit d'hémorrhagies viscérales, soit d'anurie, soit enfin de septicémie qui trouve ici un terrain favorable à un développement rapide.

Il est très rare que l'éclampsie débute avant le sixième mois ; quant à savoir si elle est plus fréquente pendant la

grossesse, pendant le travail ou pendant les suites de couches, c'est assez difficile. Les auteurs ne sont point d'accord sur ce point : pour Cazeaux l'ordre de fréquence est le suivant : travail, *post partum*, grossesse; pour Brummerstadt : travail, grossesse, *post partum*; pour Bailly : grossesse, travail, *post partum*. Les résultats de la statistique de la Maternité de Lariboisière obtenus par M. Varnier sont : sur 50 cas d'éclampsie, 27 ont eu lieu pendant la grossesse, 15 pendant le travail, 8 après l'accouchement.

Notre statistique concorde absolument avec celle de M. Varnier : sur 16 cas d'éclampsie, nous trouvons : pendant la grossesse : N. 170, septième mois ; 752, septième mois ; 940, huitième mois ; 293, huitième mois ; 468, huitième mois ; 443 8 mois $1/2$; 697, septième mois ; 1283, huitième mois. Total 8 cas.

Pendant le travail : N. 129, 159, 1522, 1630, 1642. Total 5 cas.

Après l'accouchement : N. 1417, 1679, 83. Total 3 cas.

Sur les 8 femmes éclamptiques pendant leur grossesse, 7 ont accouché prématurément dans les 4 jours qui ont suivi le premier accès.

Une seule, éclamptique au sixième mois de sa grossesse a pu dépasser le huitième mois (n. 940 tableau D. 1890. Prim.); pendant les 50 jours qui ont précédé son accouchement elle a été traitée à la clinique Bau lebecque.

M. Pinard considère l'accouchement prématuré dans ce cas non comme la cause mais comme la conséquence de l'auto-intoxication et des foyers hémorrhagiques placentaires.

L'éclampsie est-elle fréquente ? Merriman en a observé 48 cas sur 10000 accouchements ; Pacoud 47 sur 11203 ; M. Varnier 53 sur 10315, ce qui donne une éclampsie pour 200 accouchées.

Notre statistique donne un chiffre encore moins élevé puisque sur 4843 accouchements nous ne notons que 16 cas d'éclampsie.

Cette proportion est certainement appelée à diminuer de plus en plus, à mesure que les accoucheurs et les sages-femmes connaîtront mieux le devoir qui leur incombe d'examiner « de parti pris et tous les quinze jours pendant les trois derniers mois les urines de toutes leurs clientes et d'instituer le régime lacté chez toutes celles qui présenteront de l'albuminurie » (Varnier).

Sur les 146 femmes, en effet, qui ont été pendant leur grossesse traitées comme albuminuriques, pas une n'a présenté de phénomènes éclamptiques. Les 16 éclamptiques que l'on a observées à la clinique Baudelocque sont toujours entrées, les unes avec les symptômes précurseurs, les autres après un ou plusieurs accès, quelques-unes enfin en plein coma ; aucune n'avait été traitée pendant sa grossesse pour albuminurique.

Ici nous croyons devoir signaler le cas du N° 468 (1891). Cette femme est entrée au dortoir le 19 mars (rétrécissement pelvien ; grossesse gémellaire, 2 sièges) ; ses urines examinées à cette époque et le 6 avril ne contenaient pas d'albumine. Le 10 avril à 7 heures du matin cette femme eut soudain deux accès d'éclampsie, suivis de cinq autres dans l'après-midi ; 0 gr. 50 d'albumine dans les urines, coma continuel et agitation extrême sans accès jus-

qu'au 13 avril 4 heures du soir ; à ce moment seulement la connaissance revient, la malade urine abondamment. Le 14 avril extraction de deux enfants vivants. Traitement depuis les premières attaques ; l'albumine est disparue le 27 avril.

Si le pronostic de l'éclampsie est moins sombre qu'autrefois, il doit toujours être cependant très réservé, car les terminaisons fatales ne sont point encore rares :

Pour Mme Lachapelle « le traitement le mieux entendu ne conserve guère que la moitié des malades » (Varnier).

Cazeaux estime la mortalité des éclamptiques à 1 sur 3 et peut-être 4. Enfin presque tous les auteurs du milieu de notre siècle l'évaluent à 50 0/0.

De nos jours, disons-nous, le pronostic est moins sombre : c'est ainsi que M. Varnier, sur 53 éclamptiques, ne constate que 7 décès maternels et sur 42 cas d'éclampsie observés pendant la grossesse ou le travail il trouve 25 fœtus morts-nés, et 4 enfants qui ont succombé quelques heures après la naissance.

Nos résultats sont meilleurs encore sinon pour la mère du moins pour l'enfant.

En effet : sur 16 cas d'éclampsie on ne trouve que 3 décès maternels : une de ces femmes (n° 752, 1890) est morte 3 heures après une expulsion faite au forceps, sans avoir repris connaissance. Elle avait eu 10 accès en 11 heures avant l'expulsion.

Une autre (n° 692, 1890, mult.) a succombé peu de temps avant l'expulsion. Elle était dans le coma depuis son entrée.

La troisième (n° 295, 1891, prim.) est morte huit jours après l'accouchement de septicémie ; la température oscillait entre 38°,2 et 40°.

Pour l'enfant la mortalité s'éloigne beaucoup des résultats de M. Varnier ; nous n'avons noté, en effet, que 4 enfants morts nés : L'un (n° 170) était macéré ; les autres (nos 753, 692 et 1631) étaient morts mais non macérés.

Enfin pas un seul enfant n'a succombé pendant son séjour à la Maternité.

Nous tenons à le répéter en terminant : les accidents fâcheux de cette auto-intoxication urémique sont appelés, sinon à disparaître complètement, du moins à diminuer dans des proportions considérables du jour où *toute femme enceinte se fera une loi de faire analyser ses urines et de suivre scrupuleusement à l'occasion le traitement que nous allons exposer succinctement.*

TRAITEMENT

Albuminurie. — Ce sont MM. les professeurs Tarnier et Jaccoud qui ont été les promoteurs du traitement actuel de l'albuminurie. Leurs premiers travaux datent de 1873. Devant l'action bienfaisante de cette thérapeutique, tous les accoucheurs l'ont admise dans leur pratique et le traitement de l'albuminurie est aujourd'hui classique.

Régime lacté *absolu* ; le lait peut être chaud, froid, cru ou bouilli suivant la préférence de la malade. Il doit être pris par petites quantités fréquemment renouvelées : il faut toujours arriver à 2 litres au moins par jour.

La malade aura soin de se laver la bouche chaque fois qu'elle aura bu. Si le lait est difficilement supporté on pourra le couper avec de l'eau de Vichy, l'aromatiser avec un peu de café ou de kirsch.

Notre maître, M. le professeur Pinard, recommande de couvrir chaudement les malades ; dans son service elles ont toutes une ceinture de flanelle ; de plus elles sont fréquemment purgées avec un peu d'eau-de-vie allemande.

Malgré l'institution de ce traitement, si, au lieu de diminuer, l'albuminurie ne fait qu'augmenter en même temps que ses symptômes s'aggravent, c'est alors que se pose l'indication de l'accouchement provoqué.

Eclampsie.— Régime lacté absolu, chloral en lavements, inhalations de chloroforme, purgatifs, voilà en quatre mots le traitement de l'éclampsie qui a dans les mains de M. Pinard donné les plus beaux résultats.

On fera absorber le lait par petites doses, souvent renouvelées, à l'aide d'un biberon de porcelaine; et l'on continuera le régime lacté après la cessation des accès jusqu'à la disparition complète de l'albumine.

La formule du lavement de chloral est la suivante :

Lait	100 gr.
Hydrate de choral	4 gr.
Jaune d'œuf	n. 1.

On prendra toutes les précautions nécessaires pour que ce lavement ne soit pas rejeté; il faudrait alors en administrer un second immédiatement.

Si les accès continuent on renouveliera ce lavement toutes les 3 heures. Après la cessation des accès on administrera les jours suivants 4 grammes de chloral en 24 heures par lavements de 1 gramme.

En attendant l'effet du chloral ou pour lui venir en aide à l'approche imminente d'un accès, on soumettra la malade aux inhalations de chloroforme à doses massives jusqu'à la résolution complète; la tolérance pour le chloroforme dans ce cas est très grande. On ne doit cesser que lorsque le chloral aura calmé complètement la malade.

Dès que les accès auront cessé, administrer un purgatif (15 gr. d'eau-de-vie allemande ou 0 gr. 50 de calomel), que l'on renouvelera tous les 2 ou 3 jours, en

même temps que l'on surveillera la quantité d'urine et la diminution de l'albumine.

Si l'éclampsie survient pendant le travail « aucune intervention ne sera tentée avant que l'orifice ne soit complètement dilaté ou dilatable » (Varnier).

A ce moment seulement on devra terminer rapidement l'accouchement et dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant s'il vit.

On devra retarder la délivrance d'une demi-heure au moins ; c'est une règle posée par M. Pinard, on évite ainsi les hémorrhagies *post partum* autrefois si fréquentes. Une injection très chaude d'une solution d'acide borique à 3 0/0 suivra de près la délivrance. On ne devra pas se servir de solutions d'acide phénique, de sublimé ou de biiodure.

Les injections de sérum ont aussi donné à notre maître d'excellents résultats.

TABLEAU D

Primipares

N° de l'accouchement.	Âge.	Dernières règles.	Date de l'accouchement.	Traitement. Nombre de jours avant l'accouchement.	Présentation et position.	Durée totale du travail.	DÉLIVRANCE		P. du fœtus.	P. du placenta.	Mensuration des membranes.	Foyers hémorrhag.
							Durée.	Mode.				
129	?	16 juin	12 mars	n. trait.	O.I.D.P.	?	10	nat.	1830	380	?	2 F. a. 2. F. réc.
170	23	5 août	21 mars	4	S.I.G.T.	6 h. 30	1 h. 30	nat.	1100	?	?	G. no. de F. a.
752	24	?	23 août	n. trait.	O.I.D.P.	?	10	nat.	1500	320	27/5	pl. F. a. réc.
910	29	4 fév.	20 oct.	53	O.I.G.T.	23 h.	25	nat.	2820	370	30/3	O.
295	18	7 juil.	8 mars	?	O.I.G.A.	8 h. 25	1 h. 5	sp.	1810	380	22/12	3 F. réc.
415	22	14 juil.	9 avril	?	O.I.G.A.	4 h. 10	30	nat.	2280	480	20/5	F. a. F. réc.
468	23	31 juil.	14 avril	4	S.G. S.D.	40 h.	10	nat.	2300 (1950)	750 750	16/8 16/7	O.
159	?	12 mai	5 fév.	n. trait.	O.I.G.P.	?	15	sp.	2700	450	37/5	F. a. F. réc.
1417	21	24 déc.	3 oct.	n. trait.	O.I.G.A.	8 h. 25	20	nat.	3100	480	30/12	O.
1522	19	18 janv.	24 oct.	n. trait.	O.I.G.A.	29 h.	45	nat.	2750	450	31/5	O.
1631	28	2 fév.	21 nov.	n. trait.	O.I.G.T.	?	20	art.	3080	51	déch.	O.
1642	21	31 janv.	23 nov.	n. trait.	O.I.D.T.	10 h. 40	1 h. 35	nat.	3950	530	?	O.
1679	21	19 fév.	2 déc.	n. trait.	O.I.D.P.	12 h. 50	25	nat.	3170	710	?	1 F. réc.

Multipares

N° de l'accouchement.	Âge.	PARITÉ.	Dernières règles	Date de l'accouchement.	Traitement nombre de jours avant l'accouchement.	Présentation et position.	Durée totale du travail.	DÉLIVRANCE		P. du fœtus.	P. du placenta.	Mensuration des membranes.
								Durée.	Mode.			
692	36	VI par.	?	8 août.	n. trait.	S.	?	n. eff.		1340	?	?
85	?	II. 1 ^o à terme enf. viv.	18 sep.	20 janv.	1	O.I.	3 h. 15	45	nat.	1320	250	23/11
1283	40	IV. 1 ^o 1873, normal. 2 ^o 1876, id. 3 ^o 1881, id.	4 janv.	4 sept.	n. trait.	O.I.G.A.	5 h. 35	35	sp.	2620	590	29/4

Eclampsiques.
1890

État de l'enf. à sa sortie.	Sexe.	Suites de couches			Autres manifestations pendant la grossesse.				
		Pathologie.	Normales.	Céphalée.	Cédème.	Troubles visuels.	Epistaxis.	Hémorrhagies.	
B.	f.	P.							0 gr. 10 d'alb. à la sortie 26 mars. 12 mars s. 38°2. — 9 accès le 12 mars avec accouchement. Traitement.
m.-n. mac.	f.		N.	I.	m. inf.				Alb. disp. à la sortie 29 mars. — 17 mars 1 accès. — 18 mars 1 accès. Traitement.
m.-n. n. m.	f.	P.	P.						1 accès à son entrée 22 août 10 h. 15 s. — 9 accès jusqu'à 9 h. 15 m. 23 août. Forceps. Morte à midi.
B.	m.	P.			m. inf.				Alb. disp. le 6 nov. Forceps 9 novembre s. 38°9. — Hémorrhagie après déliv.
1891									
B.	f.	P.		I.	général.	I.			Morte le 15 mars. — Temp. entre 38°2 et 40°. — Agitation, menaces d'éclampsie depuis l'entrée.
B.	f.		N.		m. inf.				Une attaque d'éclamp. à 6 h. 30 m. pendant travail. — Forceps. — Traitement. — 0.25 d'alb. mine à sa sortie 2 mai.
B.	f.	P.							10 avril 7 acc. d'éclamp. de 7 h. m. à 4 h. 20 s. Traitement. 11 av., coma jusqu. 12 av. 4 h. s. hém. ap. acc. Alb. dis. le 27 av.
B.	f.								
1892									
B.	f.		N.	I.	m. inf.	I.			Hémorrh. après déliv. — 5 acc. d'éclamp. avant acc. — Traitement.
B.	f.	P.			m. inf.				Alb. disp. le 8 fév.
B.	f.	P.			m. inf.				acc. ap. dél. Coma. — 2° acc. 45 m. après coma. Traitement.
B.	f.	P.		I.	général.				Alb. disp. le 17 oct. à la sortie. — 6 oct s. 38°2.
mort	f.		N.		m. inf.				24 oct. 9 h. 20 m. 1 acc. 1 h. s. 2° acc. — M. nuit 3° accès. — Traitement. Alb. disp. le 8 nov. — 1 nov. m. 39°8.
B.	f.	P.							Basiotripsie. — 21 nov 11 h. 15, un accès. — 0 gr. 25 à la sortie 6 décembre.
B.	f.	P.							23 novembre 92, à 11 h. 15 s. un accès. — 27 novembre s. 38°2. — 30 novembre s. 39°2.
B.	m.	P.			m. inf.				0 gr. 50 d'albun. à la sortie 17 déc. 1 accès 25 m. ap. acc. — Traitement. — 4 décembre, 38°5.

Eclampsiques.
1890

Foyers hémorrhag.	État de l'enf. à sa sortie.	Sexe.	Suites de couches			Autres manifestations pendant la grossesse.				
			Pathologie.	Normales.	Céphalée.	Cédème.	Troub. visuels.	Epistaxis.	Hémorrhagies.	
F. a. réc.	mort-né									Ballons Tarnier et Champ. Femme morte peu avant l'expulsion. — 1 acc. 6 août 4 h. s. Coma continu.
1892										
1. F. réc.	B.	f.		N.	I.	m. inf.	I.	I.		1 accès ap. accouchement. 1 acc. ap. déliv. Traitement. Alb. disp. le 7 fév.
3. F. a. F. réc.	B.	m.		N.	I.	m. inf.	I.			1 accès ap. déliv. 2 acc. à 2 h. m. Alb. const. Traitement. Alb. disp. à la sortie, 20 sept.

Foyers hémorrhagiques placentaires.

	ANCIENS						RÉCENTS						ANCIENS et RÉCENTS réunis					
	Grossesse		Mixte		Eclamp.		Grossesse		Mixte		Eclamp.		Grossesse		Mixte		Eclamp.	
	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares	Primipares	Multipares
1889	3	2	1	1	0	0	2	2	2	1	0	0	7	4	4	0	3	0
1890	4	5	4	3	0	0	3	1	1	1	1	0	2	2	11	3	1	0
1891	7	7	11	0	0	0	1	3	3	1	1	1	3	1	7	3	1	1
1892																		
Total.	11	14	16	4	0	0	6	6	6	3	2	1	12	7	22	6	5	1

RÉSUMÉ (par année).

	PRIMIPARES							MULTIPARES						
	Nombre total.	Albuminurie de la grossesse	Albuminurie mixte		Albuminurie du travail	Enfants morts-nés	Enf. morts apr. naissance	Nombre total	Albuminurie de la grossesse	Albuminurie mixte		Albuminurie du travail	Enfants morts-nés	Enfants morts après nais.
			avec lésions	sans lésions						avec lésions	sans lésions			
1889	660	30	6	19	6	4	7	669	18	1	5	3	4	3
1890	809	22	16	29	9	9	3	845	26	7	8	3	4	7
1891	863	27	20	41	3	11	11	971	24	4	3	1	9	4
1892														
Total ..	2332	79	42	89	18	24	21	2485	68	12	16	7	17	14

RÉSUMÉ (par mois).

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Jun	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Grossesse.....	10	14	15	14	12	5	17	10	12	5	17	16
mixtes } avec lésions.	3	4	3	2	3	4	7	2	2	4	13	7
} sans lésions.	8	13	15	6	17	22	8	11	2	10	10	11
Travail.....	9	2	2	1	2	0	1	0	1	2	2	3
Eclampsie ..	1	1	3	2	0	0	0	2	1	3	2	1
Total.....	31	34	38	25	34	31	33	25	18	24	44	38

CONCLUSIONS

Sous l'influence de la grossesse, on peut observer un certain nombre de symptômes d'auto-intoxication dont les plus fréquents sont les œdèmes, la céphalée, l'*albuminurie* et l'éclampsie.

On trouve environ 4,29 0/0 de femmes enceintes ayant de l'albumine dans les urines ; chez la moitié de ces femmes il existe dans le placenta des foyers hémorrhagiques anciens ou récents suivant l'époque de la grossesse à laquelle survient l'albuminurie.

Les lésions du placenta entraînent la mort du fœtus dans un quart des cas ; cette mortalité fœtale descend à 3 0/0 chez les femmes qui ont été traitées comme albuminuriques au cours de la grossesse.

Dans plus du quart des cas les hémorrhagies placentaires causent l'accouchement prématuré. 10 0/0 des enfants, qui naissent alors que le placenta présente des lésions causées par l'albuminurie, succombent dans les 15 premiers jours.

Un certain nombre de femmes présente de l'albuminurie passagère au cours du travail ; elle est tout à fait distincte de l'albuminurie gravidique.

Les accès éclamptiques deviennent de plus en plus rares au fur et à mesure que se vulgarisent l'examen des urines au cours de la grossesse et le traitement rationnel

des albuminuriques par le régime lacté. Les quelques cas rares d'éclampsie observés à la clinique Baudelocque, depuis son ouverture, ont été présentés par des femmes qui n'avaient pas été surveillées pendant la grossesse ou qui étaient entrées seulement dans le service depuis quelques heures. Aucune de celles soumises au traitement de l'auto-intoxication gravidique n'est devenue éclamptique.

Vu par le Président de la thèse,

PINARD

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

